KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

OLEH :

TASYA PARNANDIA HEMANIKA

P07220120043

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

OLEH :

TASYA PARNANDIA HEMANIKA

P07220120043

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, ...

Yang menyatakan

Nama. Tasya Parnandia Hemanika

NIM P07220120043

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 22 Mei 2023

OLEH

Pembimbing

Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M. Kep
NIDN : 4005016903

Pembimbing Pendamping

Ns. Indah Nur Imamah, SST., M. Kes
NIDN : 4018078501

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Tini, S. Kep,. M. Kep
NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Telah Diuji

Pada tanggal 09 Juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Dr. Dwi P Era. S.Kep., M.Kep., Sp. KMB (.....)
NIDN: 4030127701

Penguji Anggota :

1. **Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M. Kep** (.....)
   NIDN : 4005016903

2. **Ns. Indah Nur Imamah, SST., M. Kes** (.....)
   NIDN : 4018078501

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur	Ketua Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
Ns. Wiyadi., S. Kep., M. Sc	**Ns. Tini, S. Kep., M. Kep**
NIP. 196803151991021002	**NIP. 198107012006042004**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Data Diri

Nama : Tasya Parnandia Hemanika

Tempat/Tanggal lahir : Samarinda, 29 April 2002

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Jakarta 1 perumahan jakarta hills Blok A No. 10 Kelurahan Lok Bahu, Kecamatan Sungai Kunjang Kota Samarinda Kalimantan Timur

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2007-2008 : TK Ruhui Rahayu Samarinda
2. Tahun 2008-2014 : SD Negeri 022 Sungai Kunjang
3. Tahun 2014-2017 : SMP Negeri 16 Samarinda
4. Tahun 2017-2020 : SMA Negeri 5 Samarinda
5. Tahun 2020-2023 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan atas kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda", dapat terselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Saya menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dalam penyusunan, banyak sekali pihak yang telah membantu saya baik dalam memberi motivasi, bimbingan materi dan lain sebagainya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. H. Supriadi B, S. Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur dan Pembimbing 1 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.
2. Ns. Wiyadi., S. Kep., M. Sc , selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Tini, S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Indah Nur Imamah, SST,. M. Kes, selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.

5. Para dosen dan seluruh staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa Pendidikan.
6. Kepada kedua orang tua saya yaitu, Ayahanda Usman Iskandar, Ibunda saya Henny Susanti, Serta adik saya Lucky Raisa Hemawan atas semua doa dan dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada Heldy Fachrul Akbar, yang senantiasa mendengarkan keluh kesah saya, memberikan dukungan, motivasi sekaligus memberikan semangat, terima kasih telah menjadi bagian dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada sahabat-sahabat saya, Yunda Arilya Nurhanisah, Darmilakasih, Laksamana Bima Sakti, serta teman-teman D III Keperawatan Angkatan 2020 Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur yang selalu mendukung dan menemani saya dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat untuk Pendidikan di masa mendatang, dan juga dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan yang professional.

Samarinda, ...

Penulis

ABSTRAK
”ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”

Tasya Parnandia Hemanika[1)], Supriadi B[2)], Indah Nur Imamah[3)]
[1)] Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim
[2) 3)] Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Stroke terjadi akibat pecahnya pembuluh darah secara tidak normal. Berdasarkan WHO pada tahun 2021 Stroke merupakan penyakit utama penyebab kecatatan dan penyakit kedua yang menyebabkan kematian. Studi kasus ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Stroke Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
Metode : penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan dua responden yang dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda selama 6 hari, pada tanggal 01 Mei 2023 - 06 Mei 2023. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan.
Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian didapatkan diagnosis keperawatan pada pasien 1 dan 2 yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola napas tidak efektif, hipertermi, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, risiko gangguan integritas kulit / jaringan, risiko jatuh, dan risiko infeksi. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.
Kesimpulan : Pada pasien 1 terdapat empat diagnosis yang cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan dan dua diagnosis belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan. Pada pasien 2 terdapat empat diagnosis yang belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan dan tiga diagnosis cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan.
Saran : Diharapkan untuk kedepannya menjadi literasi maupun wawasan tambahan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Hemoragik

ABSTRACT
"NURSING CARE FOR PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE IN THE SEROJA ROOM OF ABDUL WAHAB SJAHRANIE HOSPITAL SAMARINDA"

Tasya Parnandia Hemanika1) , Supriadi B2), Indah Nur Imamah3)
[1)] Students of the D-III Nursing Study Program, Poltekkes, Ministry of Health, East Kalimantan;
[2)] 3) Lecturer of the Department of Nursing Poltekkes Kemenkes Kaltim

Introduction : Stroke occurs due to abnormal rupture of blood vessels. Based on WHO, in 2021 Stroke is the main disease that causes records and the second disease that causes death. This case study aims to learn and understand about nursing care for patients with hemorrhagic stroke at RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
Method: this writing uses a case study method with a nursing care approach with two respondents who were treated at RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda for 6 days, on May 1, 2023 - May 6, 2023. Data collection uses the format of Nursing Care which includes Assessment, Diagnosis, Intervention, Implementation, Nursing Evaluation.
Results and Discussion: Based on the analysis of data obtained through the study, a nursing diagnosis was obtained in patients 1 and 2, namely decreased intracranial adaptive capacity, ineffective breathing patterns, hyperthermy, impaired physical mobility, self-care deficits, risk of impaired skin/tissue integrity, risk of falling, and risk of infection. Planning and implementation are supported by supporting facilities and facilities, evaluation is carried out directly both formatively and summatively.
Conclusion: In patient 1 there were four diagnoses that were sufficient to meet the expectations of nursing outcomes and two diagnoses that did not meet the expectations of nursing outcomes. In patient 2 there were four diagnoses that did not meet the expectations of nursing outcomes and three diagnoses were sufficient to meet the expectations of nursing outcomes.
Suggestion: It is hoped that in the future it will become literacy and additional insights to improve skills in providing nursing care to patients with Hemorrhagic Stroke.

Keywords : Nursing Care, Hemorrhagic Stroke

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Sampul Depan ……..i
Halaman Sampul Depan dan Prasyarat ……...i
Halaman Pernyataan ……...ii
Halaman Persetujuan …….iii
Halaman Pengesahan …….iv
Daftar Riwayat Hidup iv
Halaman Kata Pengantar..... v
Abstrak vii
Daftar Isi..... ix
Daftar Tabel xii
Daftar Bagan xiii
Daftar Lampiran xiv
BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 6
1.3 Tujuan Penelitian..... 6
1.3.1 Tujuan Umum 6
1.3.2 Tujuan Khusus 6
1.4 Manfaat Penelitian..... 7
1.4.1 Bagi Penelitian 7
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian 7
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan..... 7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... 8
2.1 Konsep Dasar Medis..... 8
2.1.1 Pengertian 8
2.1.2 Etiologi..... 8
2.1.3 Manifestasi Klinis 9
2.1.4 Pathway..... 10
2.1.5 Klasifikasi 11
2.1.6 Faktor Risiko..... 12

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 13
2.1.8 Komplikasi 15
2.1.9 Penatalaksanaan 17
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan 19
2.2.1 Pengkajian Keperawatan 19
2.2.2 Diagnosis Keperawatan 34
2.2.3 Luaran dan Intervensi Keperawatan 39
2.2.3 Implementasi Keperawatan 50
2.2.4 Evaluasi Keperawatan 50
BAB 3 METODE PENELITIAN 51
3.1 Pendekatan / Desain Penelitian 51
3.2 Subyek Penelitian 51
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional) 52
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian 52
3.5 Prosedur Penelitian 52
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data 53
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data 53
3.6.2 Intrumen Pengumpulan Data 53
3.7 Keabsahan Data 53
3.8 Analisis Data 54
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN 55
4.1 Hasil 55
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian 55
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan 56
1. Pengkajian 56
2. Diagnosis Keperawatan 68
3. Intervensi Keperawatan 72
4. Implementasi Keperawatan 78
5. Evaluasi Keperawatan 91
4.2 Pembahasan 108
4.2.1 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066) 108
4.2.2 Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) 109

4.2.3 Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) 111
4.2.4 Defisit Perawatan Diri (D.0109) 112
4.2.5 Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0139) 113
4.2.6 Risiko Jatuh (D.0143) 115
4.2.7 Hipertermi (D.0130) 116
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN 118
5.1 Kesimpulan 118
5.2 Saran 120
5.2.1 Bagi Peneliti 120
5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit 120
5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan 120
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN - LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Glasgow Coma Scale (GCS) 24
Tabel 2. 2 Penggukuran Kekuatan Otot 27
Tabel 2. 3 Refleks Patologis 28
Tabel 2. 4 Diagnosis Keperawatan 34
Tabel 2. 5 Luaran dan Intervensi Keperawatan 39
Tabel 4. 1 Hasil Anamnesis Pasien I dan Pasien II 56
Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien I dan Pasien II 59
Tabel 4. 3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien I dan Pasien II 65
Tabel 4. 4 Hasil *CT Scan* dan Foto Thorax Pasien I dan Pasien II 66
Tabel 4. 5 Hasil Penatalaksanaan Pasien I dan Pasien II 68
Tabel 4. 6 Diagnosis Keperawatan Pasien I dan Pasien II 68
Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan Pasien I dan Pasien II 72
Tabel 4. 8 Implementasi Keperawatan Pasien I 78
Tabel 4. 9 Implementasi Keperawatan Pasien II 84
Tabel 4. 10 Evaluasi Keperawatan Pasien I 91
Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan Pasien II 103

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 *Pathway* Stroke Hemoragik.....10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Lampiran 2. Status fungsional / aktivitas dan mobilisasi barthel indeks

Lampiran 3. Penilaian risiko decubitus : skala Barden

Lampiran 4. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Otak merupakan organ komplek pada manusia yang terdiri dari neuron (sel – sel saraf) yang bertanggung jawab atas semua sinyal dan sensasi yang membuat tubuh manusia dapat berpikir, bergerak dan menimbulkan reaksi terhadap suatu peristiwa atau situasi. Otak merupakan organ yang membutuhkan oksigen dan nutrisi secara terus – menerus karena otak tidak dapat menyimpan energi. (Setiawan, 2020).

Stroke adalah penyakit yang dapat menyebabkan kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik pada negara maju maupun negara berkembang. Stroke hemoragik paling sering terjadi akibat pecahnya pembuluh darah secara tidak normal. (Ofori et al., 2020).

Umumnya stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (iskemik). Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak yang mengakibatkan pendarahan pada otak sedangkan stroke non hemoragik terjadi saat aliran darah ke otak terhambat atau terjadinya penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah yang membawa oksigen dan pasokan nutrisi ke otak berkurang sehingga menyebabkan stroke. (Siregar et al., 2019)

Menurut WHO (world health organization) stroke merupakan penyebab utama kecacatan pada dunia dan stroke merupakan penyakit yang

menyebabkan kematian kedua. Satu dari empat orang berisiko terkena stroke seumur hidup mereka. Faktor risiko gaya hidup untuk stroke termasuk kelebihan berat badan (obesitas), kegiatan fisik, merokok , dan penyalahgunaan alkohol. Faktor risiko medis mencakup tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, diabetes, riwayat stroke atau riwayat serangan jantung. (WHO, 2021).

Berdasarkan data stroke global mengatakan bahwa pada tahun 2022 stroke semakin meningkat sebesar 70%. stroke terjadi di negara berpenghasilan rendah serta menengah yang mengakibatkan sebanyak 86% kematian. WHO mengestimasikan jumlah pasien stroke akan semakin tinggi menjadi 1,5 juta pertahun pada tahun 2025. (WHO, 2022).

Hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes RI pada tahun 2018 menunjukkan peningkatan prevalensi penyakit stroke di Indonesia yang sebelumnya hanya 7% menjadi 10,9% Berdasarkan karakteristik prevalensi penderita stroke meningkat seiring bertambahnya usia, 50,2% penderita stroke di Indonesia terjadi pada usia 75 tahun ke atas, dimana angka tersebut menempati angka tertinggi pada kasus stroke sesuai dengan usia dan kasus stroke terendah berada pada usia 15 – 24 tahun yaitu 0,6%. (Kemenkes RI, 2018).

Kalimantan Timur adalah daerah dengan prevalensi stroke tertinggi di Indonesia, yaitu sebanyak 14,7% dan Papua menjadi daerah dengan prevalensi stroke terendah yaitu 4,1 % Terjadi peningkatan prevalensi stroke pada Kalimantan Timur itu sendiri, pada tahun 2013 prevalensi stroke di Kalimantan

Timur berada pada angka 12,7% serta meningkat menjadi 14,7% pada tahun 2018. (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari profil RSUD Abdul Wahab Syahranie, didapatkan jumlah pasien rawat inap pada RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda dengan diagnosis stroke sebesar 622 jiwa. Dari data tersebut didapatkan stroke berada diurutan ketiga dari 10 diagnosis penyakit terbanyak rawat inap pada tahun 2020 di RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda dengan jumlah sebanyak 173 jiwa . Dan juga didapatkan Dari data tersebut stroke berada pada urutan pertama dari 10 diagnosis terbanyak penyebab kematian di RSUD abdul wahab syahranie samarinda (RSUD. Abdul Wahab Sjahranie, 2021).

Tanda atau gejala yang biasanya timbul terdiri dari defisit neurologis fokal yang terjadi secara mendadak, penurunan kesadaran, muntah, sakit kepala, kejang, serta tekanan darah meningkat sangat tinggi yang dapat menunjukkan adanya stroke hemoragik. Sakit kepala merupakan tanda - tanda awal yang paling seringkali dialami oleh pasien, bersamaan dengan perluasan hematom yang mengakibatkan peningkatan TIK (tekanan intrakranial) yang dapat menyerang otak. Gejala lain yang dapat muncul seperti kaku kuduk yang terjadi akibat perdarahan ditalamus, kaudatus dan cerebellum (Setiawan, 2020).

Masalah keperawatan yang dapat muncul pada pasien stroke hemoragik adalah pola napas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan

komunikasi verbal, risiko aspirasi, risiko gangguan integritas kulit / jaringan, gangguan menelan, defisit nutrisi, defisit perawatan diri. Secara umum yang timbul pada pasien stroke hemoragik diantaranya adalah ketidakberdayaan. (Mendrofa, 2021).

Dalam jangka panjang penyakit stroke dapat memberikan dampak yang merugikan bagi penderitanya, dampak yang muncul dari stroke hemoragik diantaranya adalah kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah, gangguan mobilitas, penurunan kesadaran, kesulitan bicara, bicara cadel atau pelo, gangguan penglihatan, kesulitan menelan, Inkontinensia dan vertigo. (Nugraha, 2018).

Dalam rangka mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat serta berkualitas, kemenkes (kementrian Kesehatan) mengajak seluruh masyarakat menjadi penggerak perubahan pola hidup sehat, khususnya pada pencegahan serta pengendalian faktor risiko stroke. Disarankan agar setiap orang meningkatkan pola hidup sehat melalui perilaku CERDIK yaitu (cek kesehatan secara teratur, enyahkan asap rokok, rajin aktivitas fisik, diet sehat dan seimbang, istirahat yang cukup dan kelola stress). Pada pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular, seperti stroke ini, pemerintah menitikberatkan pada upaya promotif serta preventif, dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitasi. Di antaranya: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) sesuai Inpres No 1 Tahun 2017. (Kemenkes RI, 2017).

Perawat berperan penting dalam pencegahan serta penanggulangan stroke hemoragik, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative. Pada upaya peningkatan kesehatan, perawat dapat berupaya meningkatkan kesehatan di Indonesia dengan cara memiliki pengetahuan dan wawasan yang luas terkait dengan kesehatan di masyarakat, pada upaya pencegahan penyakit, perawat dapat menjelaskan cara mencegah stroke hemoragik dengan memberikan edukasi dalam bentuk pendidikan kesehatan agar dapat mencegah penyakit tersebut serta menganjurkan untuk olahraga seperti peregangan, jalan kaki,dan latihan keseimbangan agar dapat melatih dan melenturkan otot-otot yang kaku, untuk upaya penyembuhan penyakit, perawat dapat memberikan terapi maupun obat-obatan sebagai tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan maupun dokter, Untuk upaya pemulihan kesehatan, pada pasien stroke hemoragik, khususnya pada pasien pasca stroke. Hal ini mencegah stroke hemoragik berulang yang dapat memperburuk kondisi pasien pasca stroke dan meminimalkan kecacatan. (Maulana, 2019). Salah satu upaya pemulihan kesehatan yang bisa dilakukan oleh perawat adalah melakukan terapi fisik yaitu dengan Range of Motion (ROM). Hasil penelitian juga menunjukkan adanya pengaruh Latihan range of motion(ROM) pasif terhadap rentang gerak sendi dengan keberhasilan sebesar 0,001% pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah. (Daulay & Hidayah, 2021).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menjelaskan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penulis mampu memahami gambaran asuhan keperawatan dengan stroke hemoragik dalam :

1.3.2.1 Mengkaji pasien dengan penyakit stroke hemoragik di RSUD abdul wahab sjahranie samarinda.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD abdul wahab sjahranie samarinda.

1.3.2.3 Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD abdul wahab sjahranie samarinda.

1.3.2.4 Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD abdul wahab sjahranie samarinda.

1.3.2.5 Mengevaluasi pasien dengan penyakit stroke hemoragik di RSUD abdul wahab sjahranie samarinda.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penelitian

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan maupun referensi dalam melakukan perawatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, masukan atau saran untuk perawat di rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik agar mengurangi jumlah penyakit stroke yang terjadi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Stroke hemoragik atau disebut juga stroke berdarah terjadi ketika pembuluh darah yang lemah pecah dan berdarah ke dalam otak. Stroke Hemoragik adalah pembuluh darah di otak yang pecah sehingga mencegah aliran darah normal masuk ke dalam dan merusak bagian otak. (Hartati, 2020).

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan darah di otak mengalir ke rongga sekitar jaringan otak. Seseorang yang menderita stroke hemoragik akan kehilangan kesadaran, karena kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah ke otak tidak terpenuhi akibat pecahnya pembuluh darah. (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

2.1.2 Etiologi

Pendarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan pada ruang subarachnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat disebabkan oleh atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat menyebabkan tekanan, pergeseran serta pemisahan jaringan otak yang berdekatan ,sehingga otak akan membengkak,jaringan otak tertekan,

sehingga akibatnya terjadi infark otak, pembengkakan dan kemungkinan herniasi otak. (Dwi, 2020).

Penyebab umum pada perdarahan otak yang sering terjadi:

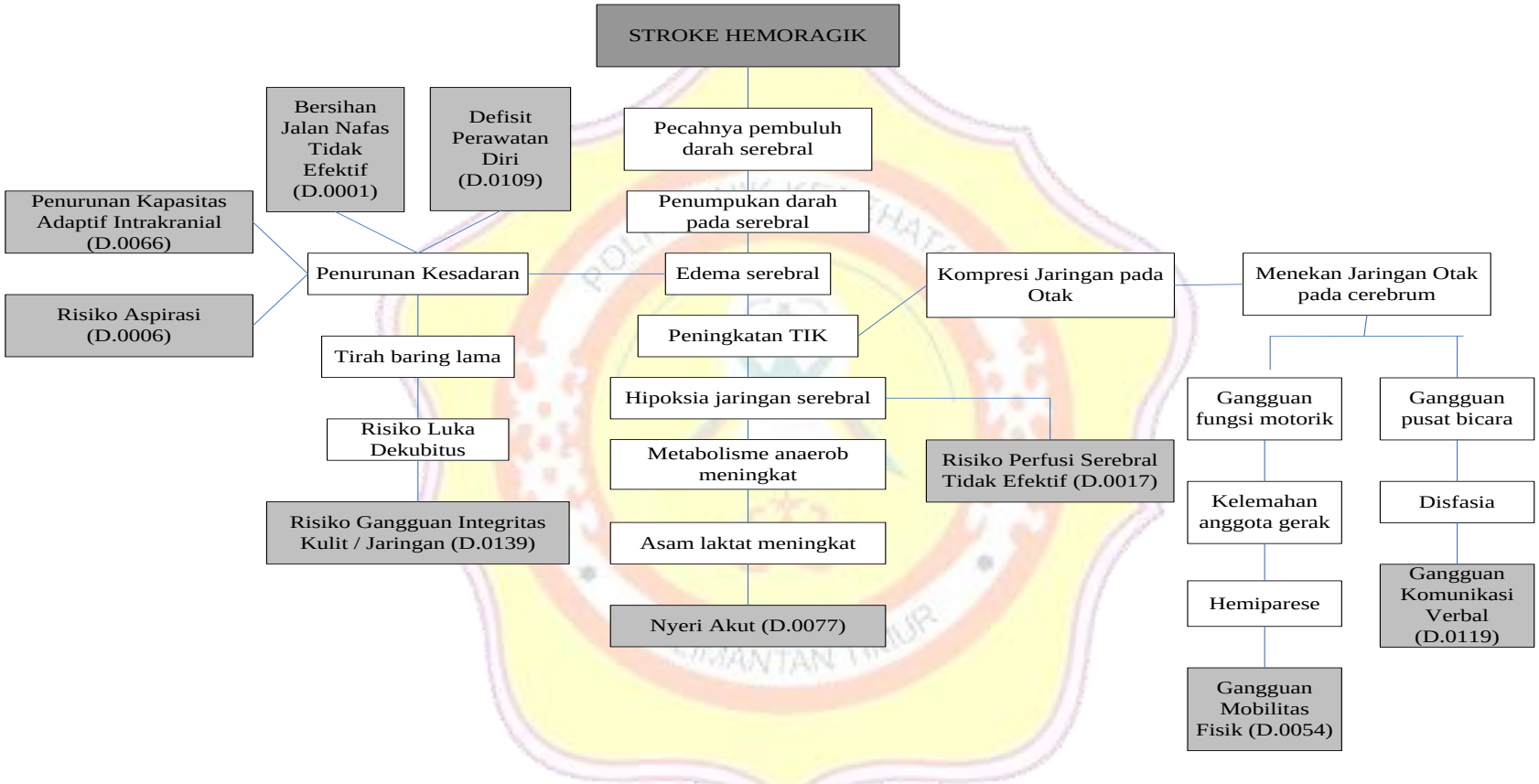
1) Aneurisma berry
2) Aneurisma fusiformis, yang berasal dari adanya aterosklerosis
3) Aneurisma myokotis, berasal dari vaskulitis dan emboliseptis
4) Malformasi arteriovenous, terhubungnya arteri dengan vena tanpa adanya perantara kapiler
5) Ruptur arteriol serebral, yang disebabkan karena hipertensi

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala yang sering timbul pada stroke hemoragik menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) yaitu:

1) Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
2) Mual atau muntah
3) Gangguan penglihatan
4) Kelumpuhan pada wajah atau sebagian anggota tubuh (hemiparise)
5) Kesulitan bicara
6) Bicara cadel atau pelo
7) Kesulitan menelan. Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf kranial IX.
8) Penurunan kesadaran
9) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala terjadi karena meningkatannya tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.4 Pathway



Bagan 2. 1 Pathway Stroke Hemoragik

Sumber : Dicky Helmi Susilo (2014)

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi pada pasien stroke hemoragik menurut (Hartati, 2020) adalah :

1) Perdarahan Intra Serebral (PIS)

   Perdarahan Intra Serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di dalam otak sehingga menyebabkan darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Hartati, 2020) Penyebab PIS biasanya terjadi karena tekanan darah tinggi jangka panjang, setelah itu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Pemicu lainnya adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah secara mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, gangguan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama jika perdarahannya meluas (masif) (Hartati, 2020).

2) Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA)

   Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer) (Hartati, 2020). Penyebab yang paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler congenital, angioma (6-20%), gangguan koagulasi (iatronik/obat anti koagulan), kelainan hematologic (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastik),

tumor, infeksi (misal vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, TBC), idiopatik atau tidak diketahui (25%), serta trauma kepala (Hartati, 2020). Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan tekanan mental dan fisik. Terkadang dapat disebabkan karena aktivitas fisik yang menonjol seperti : mengangkat beban, membungkuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan melakukan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebabnya. (Hartati, 2020).

2.1.6 Faktor Risiko

Faktor resiko yang terjadi pada stroke hemoragik yaitu:

1) Usia

   Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke. Dimana pada usia tua tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh.

2) Merokok

   Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua sampai empat kali ini berlaku untuk semua jenis rokok dan untuk semua tipe rokok, terutama perdarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma.

3) Mengonsumsi alkohol secara berlebihan

   Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dari dari dua gelas pada wanita dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

4) Hipertensi

   Tekanan darah yang tinggi merupakan faktor resiko utama penyebab stroke. Pada keadaan ini terjadi peningkatan curah jantung karena peningkatan kontraksi jantung.

5) Penyakit hati kronis meningkatkan kemungkinan ICH karena koagulopati dan trombositopenia.

6) Penggunaan obat - obatan narkotika

   Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan resiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda (Darmawan, 2019).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien stroke hemoragik adalah sebagai berikut:

1) Angiografi serebral

   Membantu mengidentifikasi penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan menemukan sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

2) Lumbal pungsi

   Peningkatan tekanan dan bercak darah terkait pada laju pernapasan di daerah lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan

adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya didapatkan perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) pada beberapa hari pertama.

3) CT scan

Pemindaian ini secara khusus menunjukkan lokasi pembengkakan, hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara tepat. Hasil pemeriksaan biasanya mrenunjukkan hipertensi fokal, terkadang pemadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

4) MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan luasnya perdarahan di otak. Hasil pemeriksaan biasanya menunjukkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5) USG Doppler

Untuk mengetahui adanya masalah sistem karotis.

6) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat permasalahan yang muncul dan pengaruh jaringan yang mengalami infark sehingga implus listrik pada jaringan otak yang berkurang.

2.1.8 Komplikasi

Menurut (HUTAGALUNG, 2020) komplikasi yang dapat terjadi pada stroke hemoragik adalah sebagai berikut :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya peredaran darah pada otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan akibat perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah di otak. Pada fase akut terjadi 24-48 jam pertama setelah stroke, Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen yang menyebabkan hipoksia pada jaringan otak. Fungsi otak akan sangat tergantung pada tingkat kerusakan dan lokasinya. Sirkulasi darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan sirkulasi darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk mencegah terjadinya hipoksia serebral.

b) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi ketika suatu area mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstresial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga mengakibatkan terjadinya pembengkakan jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Peningkatan massa di otak seperti adanya perdarahan atau edema serebral akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan gangguan neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, sakit kepala, penurunan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat menyebabkan jaringan dan cairan otak begeser dari posisinya sehingga mendesak area di sekitarnya yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien stroke dengan penurunan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena kurangnya reflek batuk dan menelan

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada fase lanjut atau penyembuhan, biasanya terjadi akibat imobilitas seperti pneumonia, dekubitus, kontraksi, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin

b) Kejang, akibat kerusakan otak

c) Sakit kepala kronis seperti migraine, sakit kepala tension, sakit kepala clauster

d) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Unnithan & Mehta (2021), penatalaksanaan stroke hemoragik diantaranya adalah :

1) Manajemen Tekanan Darah

   Tekanan darah harus di turunkan secara bertahap hingga 150/90mmHg, menggunakan beta - blocker (labetalol, esmolol), ACE inhibitor (enalapril), antagonis kalsium (nicardipine) atau hydralazine.

2) Manajemen Peningkatan Intrakranial (TIK)

   Penatalaksanaan awal yang di lakukan untuk memanajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan agen osmotik (manitol, salin hipertonik). Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg.

3) Terapi Hemostatik

   Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Ini sangat penting untuk mengembalikan gangguan atau pembekuan darah pada pasien yang menggunakan antikoagulan.

4) Terapi Antiepilepsi

   Sekitar 3 sampai 17% penderita stroke hemoragik akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan electroenceohalogram (EEG). Mereka yang mengalami kejang klinis atau kejang elektrografik harus diobati dengan obat antiepilepsi.

5) Pembedahan

Berbagai jenis penatalaksanaan bedah pada stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopik dan aspirasi kateterisasi.

6) Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan medis yang baik, asuhan keperawatan, dan rehabilitasi juga sangat penting dalam memanajamen stroke hemoragik untuk mengurangi kecacatan pada penderita stroke hemoragik.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan utama dari keseluruhan proses keperawatan yang tujuannya adalah mengumpulkan data pasien. Agar mampu mengidentifikasi masalah pasien, kebutuhan kesehatan dan keperawatan baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. (Sinulingga, 2019). Pengkajian yang harus dilakukan yaitu :

1) Identitas Pasien

   Meliputi nama, umur, (umumnya terjadi pada usia tua), agama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis.

2) Keluhan Utama

   Biasanya keluhan yang didapatkan pada pasien stroke adalah kelemahan anggota gerak separuh badan, berbicara tidak lancar, ketidakmampuan berkomunikasi dan penurunan kesadaran.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

   Serangan stroke sering kali berlangsung mendadak, terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas, setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lainnya.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

   Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, merokok dan obesitas.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

   Pada pasien stroke biasanya mempunyai riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus, hipertensi, atau adanya riwayat stroke pada keturunan sebelumnya.

6) Riwayat Psiko – Sosial – Spiritual

   Peran pasien dalam keluarga, status emosi, interaksi sosial yang terganggu, rasa cemas yang berlebihan, status dalam pekerjaan, kegiatan ibadah selama dirumah dan dirumah sakit.

7) Pola – Pola Fungsi Kesehatan

   a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

      Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

   b) Pola nutrisi dan metabolism

      Adanya kesulitan menelan, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah yang parah.

   c) Pola eliminasi

      Biasanya terjadi inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus.

d) Pola aktivitas dan latihan

adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, atau hemiplegi, mudah lelah.

e) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat, karena kejang otot atau nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, dan mudah marah, tidak kooperatif.

h) Pola sensori dan kognitifif

Pasien mengalami pola kogitif penurunan memori.

i) Pola penanggulangan stress

Pasien kesulitan mengatasi masalah gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi.

j) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien jarang melakukan ibadah karena tingkah laku tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Tingkat Kesadaran

Menurut Gonce dalam (Hartati, 2020) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke.

Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

Metode Tingkat Responsivitas atau Kualitatif

1) Compos Mentis : kondisi sesorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.
2) Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
3) Delirium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta – ronta.
4) Somnolen : yaitu kondisi sesorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila diransang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.
5) Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

6) Semi – Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
7) Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri (Hartati, 2020).

   Berikut adalah tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai Glosgow Coma Scale (GCS) yang di dapat dari penilaian kepada klien :

   (1) Compos Mentis : 15 – 14
   (2) Apatis : 13 – 12
   (3) Delirium : 11 – 10
   (4) Somnolen : 9 – 7
   (5) Sopor : 6 – 5
   (6) Semi – Coma : 4
   (7) Coma : 3

Pemeriksaan tingkat kesadaran :

Tabel 2. 1 Glasgow Coma Scale (GCS)

Respon Membuka Mata	**Nilai**
Spontan	4
Dapat membuka mata dengan rangsangan suara	3
Dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	**Nilai**
Mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan saat diberi rangsang nyeri)	5
Menghindar saat di rangsang nyeri	4
Fleksi abnormal	3
Ekstensi abnormal	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	**Nilai**
Orientasi baik	5
Percakapan yang membingungkan, disorientasi tempat dan waktu	4
Kata - kata tidak jelas / tidak sesuai	3
Mengeluarkan suara tanpa arti (mengerang)	2
Tidak ada respon	1

Sumber : Institute Ilmu Saraf NHS Greater Glasgow dan Clyde (2015)

b. Tanda – Tanda Vital

1) Tekanan darah : pada pasien stroke biasanya memiliki riwayat hipertensi yaitu *sistole* >140 dan *diastole* >80.
2) Nadi : biasanya diatas normal yaitu lebih dari 100x/menit
3) Pernafasan : pasien stroke hemoragik biasanya mengalami penurunan kesadaran maka terjadi peningkatan produksi secret yang berlebihan yang dapat menyumbat aliran udara dari hidung ke paru – paru, biasanya psien stroke memiliki suara nafas tambahan yaitu ronkhi / wheezing dan frekuensi napasnya diatas 30x/menit.
4) Suhu : pada pasien stroke biasanya tidak ada masalah

c. Kepala dan Leher

Tidak terdapat lesi pada kulit kepala, tidak tampak adanya pembengkakang, tidak terasa pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.

Pada pemeriksaan Nervus V (*Trigeminus*) : kerusakan akan menyebabkan terjadinya paralisis otot wajah. (Gujarati, 2013)

a. Mata

Penglihatan adanya kekaburan, akibat adanya gangguan pada nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III okulomotor), ganggguan dalam memutar bola mata (nervus IV troklearis), dan gangguan menggerakkan bola mata ke lateral (nervus IV troklearis).

b. Hidung

Adanya gangguan pada pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I).

c. Mulut dan gigi

Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan nervus vagus (nervus X), adanya gangguan menelan, warna mukosa bibir pucat dan tampak kering.

d. Telinga

Pada pasien stroke biasanya daun telinga simetris kiri dan kanan, tidak terdapat tanda infeksi, ketajaman pendengaran pada pasien stroke pada umumnya mengalami penurunan.

e. Paru-paru

Pada pemeriksaan inspeksi ditemukan biasanya simetris kiri dan kanan, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan, pada pemeriksaam palpasi biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan, tidak terdapat nyeri, pada pemeriksaan Perkusi biasanya bunyi normal sonor dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya suara normal vesikular

f. Jantung

Pada pemeriksaan Inspeksi biasanya *ictus cordis* tidak terlihat, Gerakan dada simetris, pada pemeriksaan Palpasi biasanya *ictus cordis* teraba dan tidak terdapat nyeri tekan, pada pemeriksaan Perkusi biasanya batas jantung sonor, pada pemeriksaan Auskultasi biasanya suara jantung vesikuler.

g. Abdomen

Pada pemeriksaan Inspeksi pada umumnya berbentuk simetris dan tidak tampak adanya pembengkakang,pada pemeriksaan Palpasi biasanya tidak ada pembesaran hepar dan tidak ada nyeri tekan, pada pemeriksaan Perkusi biasanya terdapat suara timpani dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya bising usus pasien tterdengar

h. Genetalia

Pada pasien stroke biasanya tidak dapat mengendalikan buang air besarsementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidakmampuan

untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

i. Ekstremitas

Penilaian skala kekuatan otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain mendiagnosa status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita.

Penilaian tersebut adalah :

Tabel 2. 2 Penggukuran Kekuatan Otot

Nilai	Tingkat Fungsi Otot
0	Paralisis total
1	Tidak ada gerakan tetapi teraba / terlihat adanya kontraksi otot
2	Adanya gerakan pada sendi tetapi tidak depat melawan gravitasi (hanya bergeser)
3	Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan / melawan tahanan pemeriksa
4	Dapat bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

Sumber (Susilo, 2019)

Pada pemeriksaan reflek :

1. Reflek Fisiologis

Pada pemeriksaan siku, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)) dan pada pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek trisep (-)).

2. Reflek Patologis

Tabel 2. 3 Refleks Patologis

Reflek Patologis	Cara Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
Reflek Hoffman	1. Meminta klien berbaring telentang atau duduk dengan rileks. 2. Pegang tangan klien pada pergelangan dan jari-jarinya, mintalah klien untuk melakukan fleksi atau mengentengkan/rileks. 3. Selanjutnya, jepit jari tengah klien diantara telunjuk dan jari tengah kita. 4. Gores dengan kuat ujung jari tengah klien dengan ibu jari kita.	Refleks Hoffman dinyatakan positif (+) bila prosedur pemeriksaan di atas menimbulkan respons fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan adduksi ibu jari dan terkadang disertai fleksi jari lainnya
Reflek Babinsky	1. Pasien dalam posisi berbaring rileks dan santai dengan tungkai bawah diluruskan 2. Pemeriksa memegang pergelangan kaki pasien agar posisi kaki tidak berubah 3. Pemeriksa menggores telapak kaki pasien menggunakan ujung tumpul palu refleks secara perlahan dan usahakan tidak menimbulkan nyeri. Goresan dilakukan sepanjang sisi lateral plantar kaki dari tumit ke ujung jari melintasi metatarsal hingga ke pangkal ibu jari	Refleks Babinski dinyatakan positif (+) bila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari yang mungkin disertai dengan mekarnya jari-jari lainnya. Refleks Babinski dinyatakan negatif (-) bila terjadi plantar fleksi jari-jari kaki. Jika tidak ada gerakan maka dianggap sebagai respons netral dan tidak memiliki signifikansi klinis

Reflek Patologis	Cara Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
Reflek Caddok	1. Pasien dalam posisi berbaring rileks dan santai dengan tungkai bawah diluruskan 2. Pemeriksa memegang daerah tulang kering pasien agar posisi kaki tidak berubah 3. Pemeriksa menggoreskan ujung palu refleks pada kulit di bawah maleolus eksternus. Goresan dilakukan dari atas ke bawah (dari proksimal ke distal)	Refleks Chaddock positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai pemekaran jari-jari yang lain
Reflek Openheim	1. Pasien dalam posisi berbaring terlentang dan rileks 2. Pemeriksa menggunakan jari telunjuk dan jari jempol untuk mengurut tulang tibia pasien dari atas ke bawah	Refleks Oppenheim positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai mekarnya jari-jari yang lain
Reflek Gordon	1. Pasien dalam posisi berbaring terlentang dan rileks 2. Pemeriksa menggunakan kedua telapak tangan untuk melakukan pijatan pada otot betis pasien	Refleks Gordon positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai mekarnya jari-jari yang lain

Sumber (Alomedika, 2022)

j. Aktivitas dan istirahat

Pasien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, mudah lelah, dan susah tidur.

k. Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, CHF (congestive heart failure), polisitemia, dan hipertensi arterial.

l. Eliminasi

Perubahan kebiasaan buang air besar dan buang air kecil. Misalnya, ikontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

m. Neuro sensori

Pusing, penurunan kesadaran (sinkop), sakit kepala, perdarahan sub arachnoid dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

n. Interaksi sosial

Gangguan dalam bicara dan ketidakmampuan berkomunikasi.

o. Pemeriksaan nervus kranialis

1) Test Nervus I (olfaktorius)

Fungsi : saraf sensorik, untuk penciuman

Cara pemeriksaan : Tutup mata pasien dan minta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal, seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya. Bandingkan dengan hidung bagian kiri dan kanan.

2) Test Nervus II (optikus)

Tes aktivitas visual : Tutup satu mata pasien kemudian minta ia membaca dua baris dari sebuah artikel koran. Ulangi untuk mata satunya. Pada pasien

stroke biasanya pasien mengalami gangguan pada penglihatan yaitu mata kabur.

Tes lapang pandang : Minta pasien mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Pasien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakkan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.

3) Test Nervus III (okulomotorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggangkat kelopak mata keatas dan kontraksi pupil

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi

Pada pasien stroke biasanya diameter pupil 2mm/2mm, 50 pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.

4) Test Nervus IV (troklearis)

Fungsi : saraf motorik, gerakan mata kebawah

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi

Pada pasien stroke biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan kebawah.

5) Test Nervus V (Trigeminus)

Fungsi : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah

Cara pemeriksaan : menggerakan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas dan tusuk gigi pada dahi atau pipi

Pada pasien stroke biasanya pasien tidak dapat membedakan rasa tajam dan halus (mati rasa) dan mengalami kelemahan pada rahang.

6) Tes Nervus VI (abdusen)

Fungsi : saraf motorik, devisiasi mata ke lateral

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva refleks pupil dan inspeksi

Pada pasien stroke biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

7) Test Nervus VII (Facialis)

Pada pasien stroke biasanya alis mata simetris, dapat menggangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

8) Test Nervus VIII (vetibulokoklearis)

Fungsi : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan

Pada pasien stroke biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung. Pada stroke mengalami gangguan pendengaran.

9) Test Nervus IX (glossofaringeus)

Pada pasien stroke biasanya kurang bisa mendengarkan gesekan jari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara dengan artikulasi yang jelas.

10) Test Nervus X (vagus)

Fungsi : refleks muntah dan menelan

Cara pemeriksaan : menyentuh faring posterior, pasien menelan air atau saliva, disuruh mengucap aaah...

Pada pasien stroke biasanya pasien mengalami gangguan menelan.

11) Test Nervus XI (aksesorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu

Cara pemeriksaan : suruh pasien menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut

Pada pasien stroke biasanya tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

12) Test Nervus XII (hipoglosus)

Fungsi : saraf motorik, untuk gerakan lidah

Cara pemeriksaan : pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi

Pada pasien stroke biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Tabel 2. 4 Diagnosis Keperawatan

NO	MASALAH KEPERAWATAN	DEFINISI	PENYEBAB / FAKTOR RISIKO	TANDA DAN GEJALA
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.	1. Embolisme 2. Hipertensi	-
2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Gangguan mekanisme dinamika intracranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intracranial	1. Edema serebral	**Mayor :** **Subyektif :** 1. Sakit kepala **Objektif :** 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar 2. bradikardia 3. pola napas irreguler 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu **Minor :** **Subjektif : -**

NO	MASALAH KEPERAWATAN	DEFINISI	PENYEBAB / FAKTOR RISIKO	TANDA DAN GEJALA
				Objektif : 1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan intrakranial (TIK) ≥ 20 mmHg
3	Nyeri Akut (D.0077)	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lamat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.	1. Agen pencedera fisiologis	**Mayor :** **Subjektif :** 1. Mengeluh nyeri **Objektif :** 1. Tampak meringis 2. Bersikapprotektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur **Minor :** **Subjektif :** - **Objektif :** 1. Tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. Menarik diri

NO	MASALAH KEPERAWATAN	DEFINISI	PENYEBAB / FAKTOR RISIKO	TANDA DAN GEJALA
4	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)	ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk memperthankan jalan napas tetap paten	1. Disfungsi neuromuskuler	**Mayor :** **Subyektif :** - **Objektif :** 1. Batuk Tidak Efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, *Wheezing*, dan/atau ronkhi kering **Minor:** **Subjektif :** 1. Dispnea 2. Sulit bicara **Objektif :** 1. Gelisah 2. Frekuensi napas berubah 3. Pola napas berubah
5	Risiko Aspirasi (D.0006)	Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.	1. penurunan tingkat kesadaran 2. gangguan menelan	-
6	Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting (D.0109)	tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri.	1. Gangguan Neuromuskuler 2. Kelemahan	**Mayor :** **Subyektif :** 1. Menolak melakukan perawatan diri **Objektif :** 1. tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan /ketoilet/ berhias secara

NO	MASALAH KEPERAWATAN	DEFINISI	PENYEBAB / FAKTOR RISIKO	TANDA DAN GEJALA
				mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri berkurang **Minor : -**
7	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	1. Penurunan kekuatan otot 2. Gangguan neuromuscular	**Mayor :** **Subjektif :** 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas **Objektif :** 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun **Minor : -**
8	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan system symbol.	1. Gangguan neuromuskular	**Mayor:** **Subjektif : -** **Objektif :** 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai. **Minor :** **Subjektif : -** **Objektif :** 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo

NO	MASALAH KEPERAWATAN	DEFINISI	PENYEBAB / FAKTOR RISIKO	TANDA DAN GEJALA
				9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi sulit memahami komunikasi 12. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Sulit menyusun kalimat 15. Verbalisasi tidaktepat 16. Sulit mengungkapkankata-kata Disorentasi orang, ruang, waktu 17. Defisit Penglihatan 18. Delusi
9	Risiko Gangguan Integritas kulit/jaringan(D.0129)	Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis, dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)	1. Penurunan mobilitas	-

Sumber SDKI (2017)

2.2.3 Luaran dan Intervensi Keperawatan

Luaran keperawatan merupakan aspek- aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran *(outcome)* yang di harapkan(PPNI, 2018).

Tabel 2. 5 Luaran dan Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme dan hipertensi **(D.0017)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan **Perfusi Serebral (L.02014)** Meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3) Sakit kepala menurun 4) Gelisah menurun 5) Nilai rata-rata tekanan darah membaik	**PemantauanTekanan Intrakranial (1.06198)** **Observasi** 1.1 identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.2 Monitor peningkatan TD 1.3 Monitor pelebaran tekanan nadi 1.4 Monitor penurunanfrekuensi jantung 1.5 Monitor ireguleritas irama napas 1.6 Monitor penurunan tingkat kesadaran 1.7 Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil 1.8 Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan 1.9 Monitor tekanan perfusi serebral 1.10 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal 1.11 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			Terapeutik 1.12 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 1.13 Kalibrasi transduser 1.14 pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 1.15 pertahankan posisi kepala dan leher netral 1.16 bilas sistem pemantauan, *Jika perlu* 1.17 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 1.18 Dokumentasikan hasil pemantauan **Edukasi** 1.19 Jelaskan tujuan pemantauan 1.20 Informasikan hasil pemantauan, *Jika perlu* **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)** **Observasi** 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 1.4 Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 1.5 Monitor PAWP, jika perlu 1.6 Monitor PAP, jika perlu 1.7 Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 1.8 Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 1.9 Monitor gelombang ICP

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			1.10 Monitor status pernapasan 1.11 Monitor intake dan output cairan 1.12 Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) **Terapeutik** 1.13 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.14 Berikan posisi semi fowler 1.15 Hindari maneuver Valsava 1.16 Cegah terjadinya kejang 1.17 Hindari penggunaan PEEP 1.18 Hindari pemberian cairan IV hipotonik 1.19 Atur ventilator agar PaCO2 optimal 1.20 Pertahankan suhu tubuh normal **Kolaborasi** 1.21 Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 1.22 Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 1.23 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema serebral d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), penurunan kesadaran refleks neurologis terganggu, dan tekanan intracranial ≥ 20 mmHg **(D.0066)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan **Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049)** meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Tekanan intracranial membaik	**Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)** **Observasi** 2.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 2.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 2.4 Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu 2.5 Monitor PAWP, jika perlu

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			2.6 Monitor PAP, jika perlu 2.7 Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 2.8 Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 2.9 Monitor gelombang ICP 2.10 Monitor status pernapasan 2.11 Monitor intake dan output cairan 2.12 Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) **Terapeutik** 2.13 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2.14 Berikan posisi semi fowler 2.15 Hindari maneuver Valsava 2.16 Cegah terjadinya kejang 2.17 Hindari penggunaan PEEP 2.18 Hindari pemberian cairan IV hipotonik 2.19 Atur ventilator agar PaCO2 optimal 2.20 Pertahankan suhu tubuh normal **Kolaborasi** 2.21 Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2.22 Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 2.23 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu **Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198)** **Observasi** 2.1 identifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Monitor peningkatan TD 2.3 Monitor pelebaran tekanan nadi 2.4 Monitor penurunan frekuensi jantung

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			2.5 Monitor ireguleritas irama napas 2.6 Monitor penurunan tingkat kesadaran 2.7 Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil 2.8 Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan 2.9 Monitor tekanan perfusi serebral 2.10 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal 2.11 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK **Terapeutik** 2.12 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 2.13 Kalibrasi transduser 2.14 pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 2.15 pertahankan posisi kepala dan leher netral 2.16 bilas sistem pemantauan, Jika perlu 2.17 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2.18 Dokumentasikan hasil pemantauan **Edukasi** 2.19 Jelaskan tujuan pemantauan 2.20 Informasikan hasil pemantauan, Jika perlu
3	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, sulit tidur dan tekanan darah meningkat **(D.0077)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tidak terjadi rasa **Tingkat Nyeri (L.08066)** Menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun	**Manajemen Nyeri (1.08238)** **Observasi** 3.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 identifikasi skala nyeri 3.3 indentifikasi respon nyeri nonverbal 3.4 identifikasi fakor yang memperberat dan memperingan nyeri 3.5 identifikasi pengetahuan dan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		2. meringis menurun 3. gelisah menurun 4. keluhan sulit tidur menurun 5. frekuensi nadi cukup membaik 6. tekanan darah cukup membaik	keyakinan tentang nyeri 3.6 identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 3.7 identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 3.8 monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3.9 monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 3.10 berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3.11 kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3.12 fasilitasi istirahat dan tidur 3.13 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 3.14 jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 3.15 jelaskan strategi meredakan nyeri 3.16 anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3.17 anjurkan menggunakan 3.18 analgetik secara tepat ajarkan teknik nonfarmakologisuntuk mengurangi rasanyeri **Kolaborasi** 3.19 pemberian analgetik, jika perlu
4	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Disfungsi neuromuskuler d.d dipsnea dan sulit bicara **(D.0001)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan **Bersihan Jalan Napas (L.01001)** Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk Efekif Meningkat 2. Produksi sputum Menurun	**Manajemen jalannapas (1.01011)** **Observasi** 4.1 monitor pola napas 4.2 monitor bunyinapas 4.3 monitor sputum **Terapeutik** 4.4 pertahankan kepatenan jalan napas 4.5 posisikan semifowler atau fowler 4.6 berikan minum air hanga

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			4.7 lakukan fisioterapi dada, *jika perlu* 4.8 lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 4.9 keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 4.10 berikan oksigen, *jika perlu* . **Edukasi** 4.11 Anjurkan asupan caitran 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 4.12 anjurkan teknikbatuk efektif **Kolaborasi** 4.13 kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
5	Risiko Aspirasi d.d Penurunan tingkat kesadaran dan gangguan menelan **(D.0006)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan **Tingkat aspirasi (L. 01006)** menurun dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Kebersihan mulut meningkat 4. Dispnea menurun 5. Kelemahan otot menurun	**Pencegahan Aspirasi (I.01018)** **Observasi** 5.1 Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 5.2 Monitor status pernafasan 5.3 Monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/ minum 5.4 Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral 5.5 Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral **Terapeutik** 5.6 Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 5.7 Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar 5.8 Pertahanakan kepatenan jalan nafas (mis. Tehnik head tilt chin lift, jaw trust, in line) 5.9 Pertahankan pengembangan balon ETT 5.10 Lakukan penghisapan jalan nafas, jika produksi secret meningkat

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			5.11 Sediakan suction di ruangan 5.12 Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak 5.13 Berikan obat oral dalam bentuk cair **Edukasi** 5.14 Anjurkan makan secara perlahan 5.15 Ajarkan strategi mencegah aspirasi 5.16 Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, *jika perlu*
6	Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, berpakaian, toileting b.d Gangguan Neurovaskular d.d tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri.**(D.0109)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan **Perawatan Diri (L.11103)** Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkat 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan Makan Meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat 5. Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri Meningkat	**Dukungan Perawatan Diri (1.11348)** **Observasi** 6.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 6.2 Monitor tingkat kemandirian 6.3 Identifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan **Terapeutik** 6.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik 6.5 Siapkan keperluan pribadi 6.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 6.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
7	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot dan Gangguan neuromuscular d.d mengeluh sulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Mobiltas Fisik (L.05042)** Meningkat dengan	**DukunganMobilisasi (1.05173)** **Observasi** 7.1 identifikasi adanya nyeriatau keluhan fisik lainnya. 7.2 Monitor frekuensi jantung

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
	menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun **(D.0054)**	kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat 4. Kelemahan fisk Menurun	dan tekanan darahsebelum memulai mobilisasi 7.3 Monitor kondisiumum selama melakukan mobilisasi **Terappeutik** 7.4 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 7.5 Fasilitasi melakukan pergerakkan 7.6 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan **Edukasi** 7.7 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7.8 Anjurkan melakukan mobilisasi dini 7.9 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
8	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan neuromuskular dan penurunan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara dan pelo **(D.0119)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan **Komunikasi Verbal (L.13118)** meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara sedang 2. Kemampuan mendengar cukup meningkat 3. Kesesuaia ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat 4. Afasia cukup menurun 5. Disatria cukup menurun 6. Pelo cukup	**Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493)** **Observasi** 8.1 Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 8.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 8.3 Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 8.4 Identifikasi perilaku emosional danfisik sebagai bentuk komunikasi **Terapeutik** 8.5 Gunakan metode komunikasialternative 8.6 Sesuaikan gayakomunikasi dengan kebutuhan 8.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkanbantuan 8.8 Ulangi apa yangdisampaikan pasien 8.9 Berikan dukungan psikologis 8.10 Gunakan jurubicara **Edukasi** 8.11 Anjurkan berbicara

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			perlahan 8.12 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan bicara **Kolaborasi** 8.13 Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis
9	Risiko Gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas fisik **(D.0139)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)** Meningkat dengan kriteria hasil: 1. perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Nyeri menurun	**Perawatan Integritas Kulit (1.11353)** **Observasi** 9.1 identifikasi penyebab gangguan integritas kulit **Terapeutik** 9.2 ubah posisi 2jam jika tirah baring 9.3 lakukan pemijatan di area penonjolantulang, jika perlu. 9.4 Bersihkan parineal dengan air hangat, terutama selama perioe diare 9.5 Gunakan produkberbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. 9.6 Gunakan produkberbahan ringan/ alami dan hipoalergik padakulit sensitif 9.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering **Edukasi** 9.8 Anjurkan menggunakan pelembab 9.9 Anjurkan meningkat asupan nutrisi 9.9 Anjurkan minum air yang cukup 9.10 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 9.11 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 9.12 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			secukupnya **Perawatan Luka (1.14564)** **Observasi** 9.1 Monitor Karakteristik Luka 9.2 Monitor tanda-tanda infeksi **Terapeutik** 9.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 9.4 Cukur rambut disekitar daerah luka, *jika perlu* 9.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, *sesuai kebutuhan* 9.6 Bersihkan jaringan nekrotik 9.7 Berikan salep yang sesui ke kulit/lesi, *jika perlu* 9.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 9.9 Pertahankan teknik streil saat melakukan perawatan luka 9.10 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9.11 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 9.12 Berikan diet dengan kalori 30-35kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari 9.13 Berikan suplemen vitamin dan mineral 9.14 Berikan terapi TENS **Edukasi** 9.15 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9.16 Anjurkan mengkonsumsi maknan tinggi kalori dan protein 9.17 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi** 9.18 Kolaborasi prosedur *debridement* 9.19 Kolaborasi pemberian anti biotik, *jika perlu*

Sumber SDKI(2017), SLKI(2019), SIKI (2018).

2.2.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana (Khofifah Juniar Sari, 2018).

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Santa Manurung, 2019).

2.2.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya.

Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor : tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut : menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, untuk menambah ketepatgunaan tindakan keperawatan, sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan dan untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan. (Sitanggang, 2018).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan / Desain Penelitian

Jenis penelitian pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosa stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada saat penelitian dilakukan.

Subyek penelitian yang diteliti berjumlah dua responden yang mengalami Stroke Hemoragik yang sama dan kriteria yang sesuai, yaitu :

1) Pasien dengan Stroke Hemoragik.
2) Pasien berjumlah 2 orang dengan jenis kelamin laki – laki maupun perempuan.
3) Pasien berusia 35 – 65 tahun keatas
4) Pasien dengan masa perawatan minimal 3 – 6 hari

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya (UU No. 38, 2014 ; Tentang Keperawatan).

Stroke hemoragik terjadi akibat dari pembuluh darah yang melemah yang pecah dan berdarah ke sekitar otak. Darah menumpuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya. Dua jenis stroke hemoragik adalah perdarahan intraserebral dan perdarahan subaraknoid (Susilo, 2019).

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kec. Samarinda Ulu, Samarinda, Kalimantan Timur. Studi kasus ini dilakukan sejak pasien pertama kali masuk rumah sakit sampai dengan pulang atau pasien yang di rawat minimal 3 sampai 6 hari.

3.5 Prosedur Penelitian

Metode yang dilakukan untuk mengumpulkan data pada studi kasus ini adalah sebagai berikut :

1) Pihak prodi D III Keperawatan meminta izin untuk dilaksanakannya studi kasus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
2) Mencari dua pasien stroke dengan studi kasus yang sama kemudian memberikan informasi singkat mengenai tujuan dan manfaat studi kasus kepada pasien atas keikutsertaannya.

3) Melakukan pemeriksaan fisik, menegakkan diagnosis keperawatan, menentukan intervensi, melakukan implementasi, evaluasi, dan dokumentasi pada pasien dengan stroke hemoragik.

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara (Hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, Keluhan utama, Riwayat penyakit sekarang, Riwayat penyakit dahulu, Riwayat penyakit keluarga) yang bersumber dari pasien, keluarga, dan perawat.
2. Obervasi dan pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada system tubuh pasien.
3. Studi dokumentasi dan angket (Hasil dari pemeriksaan diagnostic dan kuesioner).

3.6.2 Intrumen Pengumpulan Data

Pada studi kasus ini, alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integeritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama) yaitu dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada

pasien dengan stroke hemoragik, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berikatan dengan masalah yang diteliti.

3.8 Analisis Data

Setelah pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Analisis data dilakukan sejak peneliti dilahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data telah terkumpul. Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan peneliti.

Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektik. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari pasien berupa suatu pendapat, suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indra (melihat, mendengar, mencium, dan meraba). Selama pemeriksaan fisik selanjutnya peneliti menegakkan diagnosis keperawatan. Kemudian peneliti menyusun intervensi atau perencanaan keperawatan, melakukan implementasi atau penatalaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit tipe A Sebagai Rumah Sakit rujukan. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi rawat jalan, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gizi, Laboratorium, Radiologi, Radioterapi, Farmasi, Hemodialisa, Histologi/kamar mayat, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang intensif terpadu, Ruang Bersalin/VK, Gedung Pavilium, Instalasi rawat inap (kelas I, II, III, dan VIP). Untuk Instalasi rawat inap terdapat beberapa ruangan diantara lain yaitu ruang Sakura, Seroja, Flamboyan, Dahlia, Seruni, Tulip, Melati, Mawar, Cempaka, Aster, Edelweis, Anggrek, Bougenvil, Teratai, Intensive Care Unit (ICU), dan Intensive Cardiologi Care Unit (ICCU).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Ruang Seroja yang dikhususkan bagi pasien yang menderita gangguan sistem persyarafan. Studi kasus ini dilakukan mulai tanggal 1 – 6 Mei 2023.

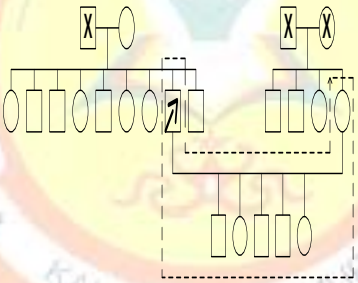
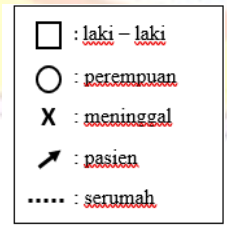
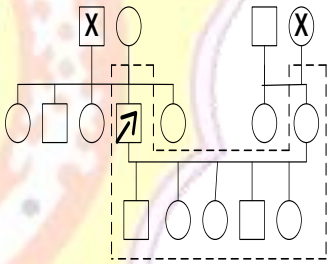
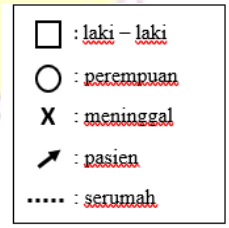
Bangunan pada ruang Seroja terdiri dari 3 kamar rawat inap, 5 ruang VIP, Nurse Station, Ruang Dokter, Ruang Kepala Ruangan, Ruang Perawat, Ruang Alat dan Obat, Ruang Gymnassium, Pantry, Ruang Terapi Wicara, Ruang Okupasi Terapi, Ruang Ortotik Prostetik, dan 1 Kolam Renang. Ruang serjo dapat menampung hingga 18 pasien.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tabel 4. 1
Hasil Anamnesis Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn, A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Tahun 2023

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
1.	Identitas Pasien	Pasien Bernama Tn. F, berjenis kelamin laki-laki, pasien berusia 55 tahun dengan tanggal lahir 02 November 1967, bersuku bangsa Kutai/Indonesia, pasien beragama Islam, pendidikan terakhir pasien SMA, pasien bekerja sebagai pegawai swasta, dan beralamat di jalan Otto Iskandar Dinata gg. Budiman. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 02 mei 2023. Nomor rekam medis pasien yang terdaftar dirumah sakit adalah 01.90.15.xx. diagnosa medis saat pasien masuk adalah stroke hemoragik + EVD + trakeostomi	Pasien Bernama Tn. A, berjenis kelamin laki-laki, pasien berusia 36 tahun dengan tanggal lahir 12 Oktober 2023, bersuku bangsa Banjar/Indonesia, pasien beragama islam, pendidikan terakhir pasien SMA, pasien bekerja sebagai pegawai swasta, dan beralamat di jalan K.H. Wahid Hasyim gg.unggul. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 01 mei 2023. Nomor rekam medis pasien yang terdaftar dirumah sakit adalah 01.90.33.xx. diagnosa medis saat pasien masuk adalah stroke hemoragik
2.	Keluhan Utama	Penurunan Kesadaran	Penurunan Kesadaran
3.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD pada tanggal 28 april 2023 pukul 07.46 dengan keluhan jatuh saat sedang bekerja lalu pasien di rawat selama 2 hari di puskesmas. Pasien mengalami penurunan kesadaran pasien sehingga di rujuk ke rumah	Pasien dating ke IGD pada tanggal 30 april 2023pukul 23.00 dengan keluhan jatuh saat pasien bangun tidur karena ingin berjalan ke kamar mandi. Pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga dibawa ke IGD rumah sakit

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
		sakit parikesit dan di lakukan perawatan selama 12 hari karena tidak ada perubahan pada kondisi pasien maka pasien di rujuk kerumah sakit abdul wahab sjahranie dan di rawat selama 4 hari di ruang ICU dan pada tanggal 02 mei 2023 pasien di pindahkan ke ruang seroja (stroke centre). TTV pasien saat dilakukan pengkajian di ruang seroja pada tanggal 02 Mei 2023 yaitu, TD: 121/73 mmHg , MAP : 92 mmHg, N: 94 x/menit ,T: 37,5 °C , RR: 24 x/menit , SPO2: 100% , GCS: E2V1(trakeastomi)M3	abdul wahab sjahranie samarinda lalu pada tanggal 01 mei 2023 pasien dipindahkan ke ruang seroja (stroke sentre) TTV pasien saat dilakukan pengkajian di ruang seroja pada tanggal 03 mei 2023 yaitu, TD :181/92 mmHg, MAP : 106 mmHg, N: 142 x/menit, RR: 44 x/menit, T: 39,3 °C, SPO2 : 98 % GCS :E2V1M3
4.	Riwayat Penyakit Dahulu dan Keluarga	Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol  	Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol  

Tabel 4. 2
Hasil Pemeriksaan Fisik Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn, A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
1.	Kondisi Pasien	Alat medis yang terpasang pada pasien yaitu infus Nacl 0,9% 20 tpm, NGT, cateter urine,EVD, CVC, trakeostomi, simple mask 4 lpm, tidak ada sianosis pada pasien. Kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS 6: E2V1(trakeostomi)M3. Keluhan nyeri pada pasien tidak dapat dikaji. Pada pemeriksaan status fungsional / barthel indeks total skor pasien adalah 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.	Alat medis yang terpasang pada pasien yaitu infus Nacl 0,9% 12 tpm, NGT, cateter urine, dan NRM 15 lpm, tidak ada sianosis pada pasien. Kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS 6: E2V1M3. Keluhan nyeri pada pasien tidak dapat dikaji. Pada pemeriksaan status fungsional / barthel indeks total skor pasien adalah 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.
2.	Tanda – Tanda Vital	TD: 121/73 mmHg MAP : 92 mmHg N : 94 x/menit T: 37,5 °C RR: 24 x/menit SPO2: 100% (saat terpasang trakeostomi dan simple mask 4 lpm)	TD: 181/92 mmHg MAP : 106 mmHg N : 142 x/menit T: 39,3 °C RR: 44 x/menit SPO2: 99% (saat terpasang NRM 15 lpm)
3.	Pemeriksaan Kepala	**Kepala :** Kulit kepala pasien tampak bersih,rambut pasien berwana hitam cerah dan penyebaran rambut pasien tampak merata, rambut pasien tidak mudah patah dan tidak bercabang, terdapat bekas luka operasi pada bagian kepala sebelah kanan dan terpasang EVD. **Mata :** Sklera mata pada psien tampak putih, konjungtiva tampak berwarna merah muda, palpebra tampak tidak terdapat edema, kornea terlihat jernih, pupil mengecil	**Kepala :** Kulit kepala pasien tampak bersih, rambut pasien berwarna hitam cerah dan penyebaran rambut pasien tampak merata, tidak mudah patah dan tidak bercabang. **Mata :** Sklera mata pada psien tampak putih, konjungtiva tampak berwarna merah muda, palpebra tampak tidak terdapat edema, kornea terlihat jernih, pupil mengecil saat disorot cahaya dan

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
		saat disorot cahaya dan tampak membesar jika tidak disorot cahaya. **Hidung :** Pasien tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal terletak ditengah, terdapat 2 lubang hidung yang tampak bersih dan terpasang NGT pada lubang hidung sebelah kiri. Ketajaman penciuman tidak dapat dikaji. **Rongga Mulut dan Lidah :** Bibir pasien tampak berwarna merah muda, tidak ada karies gigi, lidah tampak merah muda, mukosa tampak kering. **Telinga :** Daun telinga pada pasien tampak simetris dan elastis kanan dan kiri. **Pemeriksaan Leher :** Kelenjar getah bening pada pasien tidak teraba, tiroid tidak teraba dan posisi trakea deviasi tampak berada ditengah.	tampak membesar jika tidak disorot cahaya. **Hidung :** Pasien tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal terletak ditengah, terdapat 2 lubang hidung yang tampak bersih dan terpasang NGT pada lubang hidung sebelah kanan. Ketajaman penciuman tidak dapat dikaji. **Rongga Mulut dan Lidah :** Bibir pasien tampak berwarna merah muda, tidak ada karies gigi, lidah tampak merah muda, mukosa tampak kering. **Telinga :** Daun telinga pada pasien tampak simetris dan elastis kanan dan kiri. **Pemeriksaan Leher :** Kelenjar getah bening pada pasien tidak teraba, tiroid tidak teraba dan posisi trakea deviasi tampak berada ditengah.
4.	Pemeriksaan Thorax	Pada inspeksi ditemukan bentuk dada pasien tampak simetris dengan frekuensi napas 24 x/menit, irama napas teratur, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan. Pada palpasi ditemukan vocal fremitus tidak dapat dikaji dan ekspansi paru simetris di paru kanan dan kiri.	Pada inspeksi ditemukan bentuk dada pasien tampak simetris dengan frekuensi napas 44 x/menit, irama napas teratur, tidak ada pernapasan cuping hidung, dan tampak adanya penggunaan otot bantu pernapasan. Pasien menggunakan alat bantu napas NRM (15 lpm)

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
		Pada perkusi ditemukan suara sonor Pada auskultasi ditemukan suara napas vesikuler dan suara ucapan tidak dapat dikaji	Pada palpasi ditemukan vocal fremitus tidak dapat dikaji dan ekspansi paru simetris di paru kanan dan kiri. Pada perkusi ditemukan suara sonor Pada auskultasi ditemukan suara napas ronki dan suara ucapan tidak dapat dikaji
5.	Pemeriksaan Jantung	Pada inspeksi didapatkan CRT <2detik, tidak ada sianosis dan tidak ada jari tabuh terpasang CVC Pada palpasi didapatkan Ictus cordis teraba pada ics 5 midline clavicula sinistra, akral teraba hangat. Pada perkusi didapatkan batas atas berada di ICS II pada line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V Line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, dan batas kiri berada di ICS III Line sternal sinistra Pada auskultasi didapatkan bunyi jantung II Aorta irama reguler, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi jantung II pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Mitral irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, dan tidak didapatkan bunyi jantung tambahan	Pada inspeksi didapatkan CRT <2detik, tidak ada sianosis dan tidak ada jari tabuh Pada palpasi didapatkan Ictus cordis teraba pada ics 5 midline clavicula sinistra, akral teraba hangat. Pada perkusi didapatkan batas atas berada di ICS II pada line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V Line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, dan batas kiri berada di ICS III Line sternal sinistra Pada auskultasi didapatkan bunyi jantung II Aorta irama reguler, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi jantung II pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Mitral irama regular, tunggal dengan

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
			intensitas kuat, dan tidak didapatkan bunyi jantung tambahan
6.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan	Pada inspeksi didapatkan bentuk abdomen pasien tampak bulat, tidak tampak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan atau massa, tidak ada terlihat luka operasi, dan tidak terpasang drain. Pada auskultasi didapatkan peristaltik usus 5x/menit. Pada palpasi didapatkan tidak ada massa, tidak ada pembesaran pada hepar, lien maupun ginjal, nyeri tekan pada pasien tidak dikaji arena pasien penurunan kesadaran Pada perkusi didapatkan tidak ada shifting dullnes dan nyeri ketuk pada ginjal tidak dapat dikaji.	Pada inspeksi didapatkan bentuk abdomen pasien tampak bulat, tidak tampak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan atau massa, tidak ada terlihat luka operasi, dan tidak terpasang drain. Pada auskultasi didapatkan peristaltik usus 7x/menit. Pada palpasi didapatkan tidak ada massa, tidak ada pembesaran pada hepar, lien maupun ginjal, nyeri tekan pada pasien tidak dikaji arena pasien penurunan kesadaran Pada perkusi didapatkan tidak ada shifting dullnes dan nyeri ketuk pada ginjal tidak dapat dikaji.
7.	Pemeriksaan Status Nutrisi	Pasien memiliki berat badan 60 kg dengan tinggi badan 165 cm. Indeks Masa Tubuh (IMT) pasien 22,03 dengan kategori berat badan normal. BAB pasien selama dirumah sakit tidak teratur, pada saat pasien BAB konsistensinya lunak. Diet pasien dirumah sakit cair dengan jenis diet pebtibren melalui NGT	Pasien memiliki berat badan 80 kg dengan tinggi badan 170 cm. Indeks Masa Tubuh (IMT) pasien 27,68 dengan kategori berat badan obesitas. BAB pasien selama dirumah sakit tidak teratur, pada saat pasien BAB konsistensinya lunak. Diet pasien dirumah sakit cair dengan jenis diet pebtibren melalui NGT
8.	Pemeriksaan Sistem Syaraf dan *Mini-Mental State Exam* (MMSE)	*Mini-Mental State Exam* (MMSE) pasien tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran	*Mini-Mental State Exam* (MMSE) pasien tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
		Memori, perhatian, bahasa, kognisi dan orientasi tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran Refleks Fisiologis danRefleks Patologis tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran Pemeriksaan syaraf kranial tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran	Memori, perhatian, bahasa, kognisi dan orientasi tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran Refleks Fisiologis danRefleks Patologis tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran Pemeriksaan syaraf kranial tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran
9.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	Pasien terpasang folley cateter dengan ukuran 16 yang sudah terpasang selama 5 hari. Urine pasien tampak berwarna kuning bersih dan memiliki bau khas urine	Pasien terpasang folley cateter dengan ukuran 16 yang sudah terpasang selama 3 hari. Urine pasien tampak berwarna kuning bersih dan memiliki bau khas urine
10.	Pemeriksaan Sistem Muskoloskeletal dan Integumen	Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan pada ekstremitas atas dan bawah pada sisi kanan pasien. Kekuatan otot pasien tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran. Tidak tampak ada kelainan tulang belakang. Tidak tampak ada fraktur pada pasien. Tidak ada terpasang traksi, spalk, maupun gips. Tidak ada kompartemen syndrome. Tidak tampak ada ikterik atau sianosis pada kulit. Turgor kulit baik. Tidak tampak ada luka dan tidak ada edema pada ekstremitas. Tidak ada pitting edema. Tidak ada ekskoriasis. Tidak ada psoriasis. Tidak ada urtikaria. Nilai Risiko Dekubitus dengan Skala Braden yaitu dengan nilai 12 (Risiko Dekubitus Tinggi)	Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan pada ekstremitas atas dan bawah pada sisi kanan pasien. Kekuatan otot pasien tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran. Tidak tampak ada kelainan tulang belakang. Tidak tampak ada fraktur pada pasien. Tidak ada terpasang traksi, spalk, maupun gips. Tidak ada kompartemen syndrome. Tidak tampak ada ikterik atau sianosis pada kulit. Turgor kulit baik. Tidak tampak ada luka dan tidak ada edema pada ekstremitas. Tidak ada pitting edema. Tidak ada ekskoriasis. Tidak ada psoriasis. Tidak ada urtikaria. Nilai Risiko

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)
			Dekubitus dengan Skala Braden yaitu dengan nilai 12 (Risiko Dekubitus Tinggi)
11.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	Pada pasien tidak tampak ada pembesaran tyroid. Tidak tampak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tidak ada tanda dan gejala trias DM. Tidak terlihat ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi.	Pada pasien tidak tampak ada pembesaran tyroid. Tidak tampak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tidak ada tanda dan gejala trias DM. Tidak terlihat ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi.
12.	Seksualitas dan Reproduksi	Pasien tidak mengalami kelainan pada prostat	Pasien tidak mengalami kelainan pada prostat
13.	Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah: 35 Pasien masuk dalam kategori : risiko sedang	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah: 35 Pasien masuk dalam kategori : risiko sedang
14.	Pengkajian Psikososial dan Spiritual	Pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran, pasien tampak tenang dan tidak banyak melakukan gerakan	Pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran, pasien gelisah dan banyak melakukan pergerakan (terpasang restain)
15.	Personal Hygiene	Pasien mandi 1x/hari dibantu perawat, keramas 1x/hari dibantu perawat, memotong kuku 1x/minggu dibantu perawat, ganti pakaian 1x/hari dibantu perawat, menyikat gigi 1x/hari dibantu perawat. Keluarga Pasien mengatakan sebelum sakit pasien terbiasa merokok, pasien tidak mengkonsumsi alkohol.	Pasien mandi 1x/hari dibantu perawat, keramas 1x/hari dibantu perawat, memotong kuku 1x/minggu dibantu perawat, ganti pakaian 1x/hari dibantu perawat, menyikat gigi 1x/hari dibantu perawat. Keluarga Pasien mengatakan sebelum sakit pasien terbiasa merokok, pasien tidak mengkonsumsi alkohol.

Tabel 4. 3
Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn, A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan			
		Pasien I (Tn. F)	Pasien II (Tn. A)	Nilai Normal	Unit
		Tanggal 03/05/2023	Tanggal 01/05/2023		
1.	Leukosit	10,30	11.17	4.80 – 10.80	10^3/µL
2.	Eritrosit	4,14	6.32	4.70 – 6.10	10^6/µL
3.	Hemoglobin	12,0	17.9	14.0 – 18.0	g/dL
4.	Hematokrit	35,7	51.8	37.0 – 54.0	%
5.	MCV	86,2	81.9	81.0 – 99.0	fL
6.	MCH	29,0	28.4	27.0 – 31.0	Pg
7.	MCHC	33,6	34.6	33.0 – 37.0	g/dL
8.	PLT	608	229	150 - 450	10^3/µL
9.	RDW-SD	41,6	40.9	35.0 – 47.0	fL
10.	RDW-CV	12,7	14.2	11.5 – 14.5	%
11.	PDW	15,0	16.1	9.0 – 13.0	fL
12.	MPV	7,1	9.0	7.2 – 11.1	fL
13.	P-LCR	8	21	15 - 25	%
14.	PCT	0,43	0.21	0.15 – 0.40	%
15.	Neutrofil #	7,5	7.1	1.5 – 7.0	10^3/µL
16.	Neutrofil %	73	64	40 - 74	%
17.	Limfosit #	1,40	3.10	1.00 – 3.70	10^3/µL
18.	Limfosit %	14	28	19 - 48	%
19.	Monosit #	1,18	0.63	0.16 – 1.00	10^3/µL
20.	Monosit %	12	6	3 - 9	%
21.	Eosinofil #	0,06	0.21	0.00 – 0.80	10^3/µL
22.	Eosinofil %	1	2	0 - 7	%
23.	Basofil #	0,1	0.1	0.0 – 0.2	10^3/µL
24.	Basofil %	1	1	0 - 1	%
25.	Bleeding Time (BT)	-	3	1 – 6	Menit
26.	Clotting Time (CT)	-	9	1 – 15	Menit
27.	Glukosa sewaktu	-	153	70 – 200	Mg/dL
28.	Ureum	-	16.3	19.3 – 49.2	Mg/dL
29.	Creatinin	-	0.9	0.7 – 1.3	Mg/dL
30.	Natrium	-	143	135 – 155	mmol/L
31.	Kalium	-	3.4	3.6 – 5.5	mmol/L

Tabel 4. 4
Hasil *CT Scan* dan Foto Thorax Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn, A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Pasien I (Tn. F) 28 April 2023	**Pasien II (Tn. A) 01 Mei 2023**
1.	Bacaan Hasil *CT Scan* oleh dokter radiologi	-	Telah dilakukan pemeriksaan MSCT kepala tanpa kontras,irisan axial dan reformat coronal / sagital a. Tampak lesi hiperdens (59 HU) di pons, dengan estimasi volume hematom sekitar 4,9 cc b. Densitas dan differensiasi white and grey matter normal, tidak tampak lesi hipodens / hiperdens patologik intracerebral c. Sulci / gyri normal ; tidak tampak shifting midline d. Sistem ventrikel dan ruang subarachnoid normal ; tidak tampak mass intraventrikel e. Cerebellum tidak tampak lesi hipodens / hiperdens patologik f. Kalsifikasi fisiologik di pineal bodydan plexus choroideus g. Sinus – sinus paranasalis dan kedua aircells mastoid yang terscan normal h. Kedua bullbus oculi dan struktrus retrobulbarnya tang terscan normal, kedua orbita intak i. Os calvaria cranii dan maxillofacial yang terscan intak **Kesan :** Pontine hemorrhage

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Pasien I (Tn. F) **28 April 2023**	**Pasien II (Tn. A)** **01 Mei 2023**
2.	Hasil Foto Thorax AP	Cor : besar dan bentuk kesan normal Pulmo : tak tampak infiltrate Sudut costophrenicus kanan kiri tajam Diafragma kanan kiri tampak baik Tulang - tulang dan soft tissue yang tervisualisasi tampak baik **Kesimpulan:** Cor dan pulmo tak tampak kelainan	Pemeriksaan foto thorax proyeksi AP a. Corakan vaskular paru normal ; tidak tampak bercak konsolidasi pada kedua lapangan paru b. Sinus kanan dan sinus kiri lancip ; diafragma normal c. Cor ukuran normal ; aorta normal d. Tulang – tulang yang tervisualisasi intak **Kesan :** Foto thorax normal

Tabel 4. 5

Hasil Penatalaksanaan Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn, A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Tahun 2023

Terapi Farmakologi	
Pasien I (Tn. F)	**Pasien II (Tn. A)**
Hari 1 : Selasa, 02 Mei 2023 1. Ceftazidine 3 x 2 gr 2. Levofloxacin 1 x 750 mg 3. Kalnek 3 x 1 gr 4. Paracetamol 4 x 1 gr 5. Ranitidine 2 x 50 mg 6. Manitol 2 x 150 7. Nebu ventolin + pulmicort 8. Nacl 0,9 % 20 tpm	**Hari 1 : Rabu, 03 Mei 2023** 1. Kalnex 3 x 1 gr 2. Santagesik 3 x 1 3. Metoclopramide 3 x 1 4. Paracetamol 3 x 1 gr 5. Omeprazole 2 x 1 6. Ceftriaxon 2 x 1 gr 7. Nacl 0,9 % 12 tpm 8. Sp nicardipine
Hari 2 : Rabu, 03 Mei 2023 1. Amlodipin 1 x 5mg 2. Ceftazidine 3 x 2 gr 3. Levofloxacin 1 x 750 mg 4. Kalnex 3 x 500 mg 5. Paracetamol 4 x 1 gr 6. Ranitidine 2 x 50 mg 7. Manitol 1 x 150 8. Nebu ventolin + pulmicort 9. Nacl 0,9 % 20 tpm	**Hari 2 : Kamis, 04 Mei 2023** 1. Kalnex 3 x 1 gr 2. Santagesik 3 x 1 3. Metoclopramide 3 x 1 4. Paracetamol 3 x 1 gr 5. Omeprazole 2 x 1 6. Ceftriaxon 2 x 1 gr 7. Nacl 0,9 % 12 tpm
Hari 3 : Kamis, 04 Mei 2023 1. Amlodipin 1 x 5mg 2. Ceftazidine 3 x 2 gr 3. Paracetamol 3 x 1 gr 4. Kalnek 3 x 500 mg 5. Ranitidine 2 x 1 g 6. Nebu ventolin + pulnicort 7. Nacl 0,9 % 10 tpm	**Hari 3 : Jumat, 05 Mei 2023** 1. Kalnex 3 x 1 gr 2. Santagesik 3 x 1 3. Metoclopramide 3 x 1 4. Paracetamol 3 x 1 gr 5. Omeprazole 2 x 1 6. Ceftriaxon 2 x 1 gr 7. Nacl 0,9 % 12 tpm

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 6

Diagnosis Keperawatan Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn, A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Tahun 2023

No	Pasien I (Tn. F)		Pasien II (Tn. A)	
	Analisa Data Selasa,02/05/23	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**	**Analisa Data Selasa, 02/05/23**	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**
1.	Ds : Pasien tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M3)	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066) b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran pasien menurun (GCS E2V1M3)	Ds : Pasien tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M3) 2. TD : 181/92 mmHg MAP : 106 mmHg 3. Hasil CT Scan : Pontine hemorrhage	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066) b.d edema serebral d.d tekanan darah pasien meningkat (TD: 181/92 mmHg) dan tingkat kesadaran pasien menurun (GCS E2V1M3)
2.	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pola napas pasien tampak cepat 2. Pasien tampak menggunakan alat bantu napas (trakeostomi dan simple mask 4 lpm) 3. Frekuensi napas pasien 24 x/menit	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (RR : 24 x/menit)	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pola napas pasien tampak dangkal dan cepat 2. Pasien tampak menggunakan alat bantu napas NRM 15 lpm 3. Frekuensi napas pasien 44 x/menit	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (RR : 44 x/menit)

No	Pasien I (Tn. F)		Pasien II (Tn. A)	
	Analisa Data Selasa,02/05/23	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**	**Analisa Data Selasa, 02/05/23**	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**
3.	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pada pemeriksaan status fungsional/ barthel indeks skor pasien adalah 0 dengan kategori tingkat ketergantungan adalah ketergantungan berat 2. Aktivitas dan mobilisasi pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pada pemeriksaan status fungsional/ barthel indeks skor pasien adalah 0 dengan kategori tingkat ketergantungan adalah ketergantungan berat 2. Aktivitas dan mobilisasi pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah
4.	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran 2. Pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet	Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran 2. Pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet	Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri

No	Pasien I (Tn. F)		Pasien II (Tn. A)	
	Analisa Data Selasa,02/05/23	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**	**Analisa Data Selasa, 02/05/23**	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**
	secara mandiri 3. Total nilai barthel indeks pasien adalah 0 dengan kategori tingkat ketergantungan adalah ketergantungan berat		secara mandiri 3. Total nilai barthel indeks pasien adalah 0 dengan kategori tingkat ketergantungan adalah ketergantungan berat	
5.	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran 2. Pasien tirah baring Pada penilaian dekubitus total skor pasien adalah 12 dengan kategori pasien risiko tinggi dekubitus	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0139) d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring	Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran 2. Pasien tirah baring Pada penilaian dekubitus total skor pasien adalah 12 dengan kategori pasien risiko tinggi dekubitus	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0139) d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring
6.	Ds : Pasien tidak dapat dikaji Do : 1. Pasien mengalami penurunan	Risiko Jatuh (D. 0143) d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran dengan GCS: E2V1M3	Ds : Pasien tidak dapat dikaji Do : 1. pasien mengalami penurunan	Risiko Jatuh (D. 0143) d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran dengan GCS : E2V1M3

No	Pasien I (Tn. F)		Pasien II (Tn. A)	
	Analisa Data Selasa,02/05/23	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**	**Analisa Data Selasa, 02/05/23**	**Diagnosis Keperawatan (SDKI)**
	kesadaran dengan GCS : E2V1M3 Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 dengan kategori pasien berisiko sedang jatuh		kesadaran dengan GCS : E2V1M3 2. total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 dengan kategori pasien berisiko sedang jatuh pasien terpasang restrain	
7.			Ds : tidak dapat dikaji Do : 1. Tubuh pasien terasa hangat 2. Suhu tubuh pasien 39,3 °C 3. Pasien tampak berkeringat	Hipertermi (D.0130) b.d proses penyakit d.d suhu tubuh pasien diatas nilai normal (T: 39,3 °C)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 7

Intervensi Keperawatan Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Selasa, 02/05/23	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran pasien menurun (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan **Perfusi Serebral (L02014)** meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial menurun 3. Demam menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	**Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)** Observasi 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 1.4 Monitor status pernapasan 1.5 Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1.6 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.8 Cegah terjadinya kejang 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 1.10 Kolaborasi pemberian obat

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
2.	Selasa, 02/05/23	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Pola Napas (L.01004) Membaik** dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi napas membaik	**Manajemen Jalan Napas (1.01011)** Observasi 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Terapeutik 2.3 Posisikan semi-fowler atau fowler 2.4 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 2.5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi 2.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
3.	Selasa, 02/05/23	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Mobiltas Fisik (L.05042) Meningkat** dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat 4. Gerakan terbatas menurun	**Perawatan Tirah Baring (1.14572)** Observasi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang aair kecil, pneumonia) Terapeutik 3.3 Posisikan senyaman mungkin

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			5. Kelemahan fisik Menurun	3.4 pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.5 pasang siderails, jika perlu 3.6 berikan latihan gerak aktif atau pasif 3.7 pertahankan kebersihan pasien 3.8 ubah posisi setiap 2 jam Edukasi 3.9 jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
4.	Selasa, 02/05/23	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan **Perawatan Diri (L.11103) Meningkat** dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkat 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan Makan Meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat	**Dukungan Perawatan Diri : Mandi (1.11352)** Observasi 4.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 4.2 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) Terapeutik 4.3 Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sakit gigi, shampoo, pelembab kulit) 4.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.5 Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4.6 Fasilitasi mandi, sesuai 4.7 Pertahankan kebiasaan kebersihan diri Edukasi 4.8 Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
5.	Selasa, 02/05/23	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan **Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14137)Meningkat** dengan kriteria hasil: 1. Suhu kulit membaik 2. Tekstur membaik	**Perawatan Integritas Kulit (1.11353)** Observasi 5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 5.3 Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering Edukasi 5.4 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
6.	Selasa, 02/05/23	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan **Tingkat Jatuh (L.14138) Menurun** dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berpindah menurun	**Pencegahan Jatuh (1.14540)** Observasi 6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				skala (mis. Fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu Terapeutik 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur Edukasi 6.6 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
7.	Selasa, 02/05/23	Hipertermi b.d proses penyakit d.d suhu tubuh pasien diatas nilai normal (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan **Termoregulasi (L.14134) Membaik** dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik	**Manajemen Hipertermia (1.15506)** Observasi 7.1 Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 7.2 Monitor suhu tubuh 7.3 Monitor kadar elektrolit 7.4 Monitor haluaran urin Terapeutik 7.5 Sediakan lingkungan yang dingin 7.6 Longgarkan atau lepaskan pakaian 7.7 Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 7.8 Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				7.9 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 7.10 Anjurkan tirah baring Kolaborasi 7.11 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 8
Implementasi Keperawatan Pada Pasien I (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Tahun 2023

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1.	Hari 1 Selasa, 02 Mei 2023 08.00	1. 2 Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 121/73 mmHg N : 94 x/menit RR : 24 x/menit T : 37,5 °C SpO2 : 100 % GCS : E2V1M3
	08.02	1.3 Memonitor MAP	MAP : 92 mmHg
	08.05	2.1 Memonitor pola napas	Pola napas pasien dispnoe
	08.09	3.3 Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien tampak nyaman
	08.10	6.2 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	Pasien masuk ketegori risiko tinggi dengan skala morse berjumlah 45
	08. 15	3.1 Memonitor kondisi kulit	Kulit pasien tidak ada kemerahan dan edema
	09.00	4.6 Memfasilitasi mandi	Pasien tampak bersih
	09.30	4.2 Memonitor kebersihan tubuh dan melakukan *oral hygiene*	Tubuh dan mulut pasien tampak bersih
	09.35	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	09.45	3.4 Mempertahankan sprei tetap kering dan bersih	Bed psien tampak bersih dan rapi

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	10.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 121/73 mmHg N : 92 x/menit RR : 30 x/menit T : 37,5 °C SpO2 : 100 %
	10.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 93 mmHg
	10.30	1.10 Berkolaborasi pemberian obat a. Ceftazidine 2 gr b. Kalnek 1 gr c. Ranitidine 50 mg d. Manitol 150 e. Nebu ventolin + pulmicort f. paracetamol	Pemberian obat pasien melalui injeksi
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak pasif dengan berkolaborasi dengan fisioterapi	Pasien tampak kaku saat dilakukan gerak pasif
	11.18	3.5 Memasang siderails	Pasien tampak aman
	12.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 119/74 mmHg N : 89 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98 %
	12.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 89 mmHg
	12.30	4.1 Memberikan makaan kepada pasien melalui NGT	Tidak ada residu dan pasien diberikan pebtibren sebanyak 250 ml
	12.40	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
	13.00	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Lingkungan sekitar pasien terlihat aman
	14.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	TD : 133/86 mmHg N : 101 x/menit RR : 22 x/menit SpO2 : 98 %
	14.07	1.3 Memonitor MAP	MAP : 100 mmHg

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
2.	Hari 2 Rabu,03 Mei 2023		
	09.00	1. 2 Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 130/80 mmHg N : 76 x/menit RR : 21 x/menit T : 36,9 °C SpO2 :100 % GCS : E3V1M3
	09.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 95 mmHg
	09.08	2.1 Memonitor pola napas	Pola napas pasien membaik
	09.12	3.3 Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien tampak nyaman
	09.30	4.6 Memfasilitasi mandi 5.4 menganjurkan menggunakan sabun secukupnya	Pasien tampak bersih saat dimandikan pasien diberikan sabun secukupnya
	09.45	4.2 Memonitor kebersihan tubuh dan melakukan *oral hygiene*	Tubuh dan mulut pasien tampak bersih
	09.48	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	09.50	3.4 Mempertahankan sprei tetap kering dan bersih	Bed psien tampak bersih dan rapi
	10.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 112/69 mmHg N : 79 x/menit RR : 21 x/menit T : 36,7°C SpO2 : 100 %
	10.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 83 mmHg

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	10.30	1.10 Berkolaborasi pemberian obat a. Amlodipin 1 x 5mg b. Ceftazidine 3 x 2 gr c. Levofloxacin 1 x 750 mg d. Kalnex 3 x 500 mg e. Paracetamol 4 x 1 gr f. Ranitidine 2 x 50 mg g. Manitol 1 x 150 h. Nebu ventolin + pulmicort	Pemberian obat pasien melalui injeksi
	10.40	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien terlihat aman
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak pasif dengan berkolaborasi dengan fisioterapi	saat dilakukan gerak pasif ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan kiri pasien masih kaku
	11.20	3.5 Memasang siderails	Pasien tampak aman
	12.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 107/66 mmHg N : 74 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 99 %
	12.10	1.3 Memonitor MAP	MAP : 78 mmHg
	12.20	4.1 Memberikan makaan kepada pasien melalui NG	Tidak ada residu dan pasien diberikan pebtibren sebanyak 250 ml
	12.30	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
	12.35	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Lingkungan sekitar pasien terlihat aman
	13.00	2.3 Memposisikan semi-fowler	Pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler
	13.10	2.4 Memberikan oksigen	Terpasang simple mask dengan 4 lpm pada trakeastomi pasien
	13.15	6.4 Mempastikan roda tempat tidur terkunci	Roda tempat tidur pasien terkunci

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	14.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 109/68 mmHg N : 77 x/menit RR : 18 x/menit SpO2 : 99 %
	14.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 83 mmHg
	14.10	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
3.	Hari 3 Kamis,04 mei 2023		
	09.00	1. 2 Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 128/75 mmHg N : 95 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 97 % GCS : E3V1M3
	09.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 90 mmHg
	09.08	2.1 Memonitor pola napas	Pola napas pasien membaik
	09.30	4.6 Memfasilitasi mandi 5.4 menganjurkan menggunakan sabun secukupnya	Pasien tampak bersih saat dimandikan pasien diberikan sabun secukupnya
	09.40	4.2 Memonitor kebersihan tubuh dan melakukan *oral hygiene*	Tubuh dan mulut pasien tampak bersih
	09.45	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	09.48	3.4 Mempertahankan sprei tetap kering dan bersih	Bed psien tampak bersih dan rapi
	10.00	3.3 Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien tampak nyaman
	10.05	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 116/74 mmHg N : 87 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98 %

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	10.07	2.1 Memonitor pola napas	Pasien terlihat sesak
	10.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 88 mmHg
	10.12	3.5 Mempasang siderails	Pasien tampak aman
	10.30	1.10 Berkolaborasi pemberian obat a. Amlodipin 1 x 5mg b. Ceftazidine 3 x 2 gr c. Paracetamol 3 x 1 gr d. Kalnek 3 x 500 mg e. Ranitidine 2 x 1 g f. Nebu ventolin + pulnicort	Pasien diberikan obat melalui injeksi
	10.35	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak pasif dengan berkolaborasi dengan fisioterapi	saat dilakukan gerak pasif ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan kiri pasien masih kaku
	11.20	3.5 Memasang siderails	pasien terlihat aman
	12.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 113/69 mmHg N : 79 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 :99 %
	12.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 84 mmHg
	12.30	4.1 Memberikan makaan kepada pasien melalui NGT	Tidak ada residu dan pasien diberikan pebtibren sebanyak 250 ml
	12.40	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
	13.00	1.7 Memberikan posisi semi fowler	Pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler
	13.05	3.3 Memposisikan senyaman mungkin	Pasien tampak nyaman
	13.10	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Lingkungan pasien terlihat aman

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	14.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 103/64 mmHg N : 80 x/menit RR : 18 x/menit SpO2 : 99 %
	14.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 78 mmHg

Tabel 4. 9

Implementasi Keperawatan Pada Pasien II(Tn. A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Tahun 2023

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	Hari 1 Rabu,03 mei 2023		
	09.00	1. 2 Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 195/98 mmHg N : 142 x/menit RR : 30 x/menit SpO2 : 99 % GCS :E3V1M3
	09.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 114 mmHg
	09.10	2.1 Memonitor pola napas	Pasien terlihat sesak
	09.12	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39,1 °C
	09.15	3.1 Memonitor kondisi kulit	Kulit pasien tidak ada edema dan kemerahan
	09.45	4.6 Memfasilitasi mandi	Pasien tampak bersih
	09.48	4.2 Memonitor kebersihan tubuh dan melakukan *oral hygiene*	Tubuh dan mulut pasien tampak bersih
	09.50	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	10.00	7.7 Mengganti sprei pasien 3.4 Mempertahankan sprei tetap kering dan bersih	Bed psien tampak bersih dan rapi

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	10.10	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 181/92 mmHg N : 142x/menit RR : 28 x/menit SpO2 : 98 %
	10.15	1.3 Memonitor MAP	MAP :114 mmHg
	10.18	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39,3 °C
	10.30	1.10 Berkolaborasi pemberian obat a. Kalnex 3 x 1 gr b. Santagesik 3 x 1 c. Metoclopramide 3 x 1 d. Paracetamol 3 x 1 gr e. Omeprazole 2 x 1 f. Ceftriaxon 2 x 1 gr g. Sp nicardipine	Pemberian obat pasien melalui injeksi
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak pasif dengan berkolaborasi dengan fisioterapi	Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan kiri pasien terasa kaku
	11.20	3.5 Memasang siderails	Pasien tampak aman
	11.50	7.4 memonitor haluaran urine	Urine pasien sebanyak 300 ml
	12.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 163/82 mmHg N : 158 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 98 %
	12.05	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39,4 °C
	12.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 106 mmHg
	12.30	4.1 Memberikan makaan kepada pasien melalui NGT	Tidak ada residu dan pasien diberikan pebtibren sebanyak 200 ml
	12.40	6.5 Memasang handrall	Pasien tampak aman
	12.45	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Lingkungan sekitar pasien terlihat aman

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	13.00	2.3 Memposisikan semi-fowler	Pasien terlihat nyaman saat diberikan posisi semi fowler
	13.05	2.4 Memberikan oksigen	Pasien menggunakan NRM 15 lpm
	13.08	6.4 Mempastikan roda tempat tidur terkunci	Roda tempat tidur pasien terkunci
	14.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 171/83 mmHg N : 140 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 98 %
	14.05	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39,6 °C
	14.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 105 mmHg
	14.10	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
2.	Hari 2 Kamis,04 mei 2023 09.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital dan melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 143/68 mmHg N : 143 x/menit RR : 35 x/menit SpO2 : 97 % GCS : E2V1M3
	09.05	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 40,1 °C
	09.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 91 mmHg
	09.10	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien tampak aman
	09.30	4.6 Memfasilitasi mandi 5.4 menganjurkan menggunakan sabun secukupnya	Pasien tampak bersih saat dimandikan pasien diberikan sabun secukupnya

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	09.40	4.2 Memonitor kebersihan tubuh dan melakukan *oral hygiene*	Tubuh dan mulut pasien tampak bersih
	09.45	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	09.50	7.7 Mengganti sprei pasien 3.4 Mempertahankan sprei tetap kering dan bersih	Bed psien tampak bersih dan rapi
	10.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 162/83 mmHg N : 148 x/menit RR : 36 x/menit SpO2 : 97 %
	10.05	2.1 Memonitor pola napas	Pola napas pasien masih terlihat sesak
	10.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 103 mmHg
	10.10	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 40,5 °C
	10.12	3.5 Mempasang siderails	Pasien terlihat aman
	10.30	1.10 Berkolaborasi pemberian obat a. Kalnex 3 x 1 gr b. Santagesik 3 x 1 c. Metoclopramide 3 x 1 d. Paracetamol 3 x 1 gr e. Omeprazole 2 x 1 f. Ceftriaxon 2 x 1 gr	Pasien diberikan obat melalui injeksi
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak pasif dengan berkolaborasi dengan fisioterapi	Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan kiri pasien masih terasa kaku seperti sebelumnya
	11.20	3.5 Memasang siderails	Pasien tampak aman
	11.45	7.4 memonitor haluaran urine	Urine pasien sebanyak 400 ml

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	12.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 162/74 mmHg N : 146 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 98 %
	12.05	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 40 °C
	12.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 101 mmHg
	12.15	7.8 Melakukan pendinginan eksternal	Pasien diberikan kompres dingin
	12.45	4.1 Memberikan makaan kepada pasien melalui NGT	Tidak terdapat residu dan pasien diberikan pebtibren sebanyak 200 ml
	12.52	3.3 Memposisikan senyaman mungkin	Pasien tampak nyaman
	12.55	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien terlihat aman
	13.00	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Lingkungan di sekitar pasien terlihat aman
	13.05	6.4 Mempastikan roda tempat tidur terkunci	Roda tempat tidur pasien Selalu terkunci
	14.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 153/69 mmHg N : 140 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98 %
	14.05	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39,8°C
	14.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 98 mmHg
3.	Hari 3 Jumat,05 mei 2023		
	09.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital dan melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD :122/ 58 mmHg N :124 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 97 % GCS : E1V1M1

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	09.05	2.1 Memonitor pola napas	Pola napas pasien membaik
	09.08	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39 °C
	09.10	1.3 Memonitor MAP	MAP : 100 mmHg
	09.30	4.6 Memfasilitasi mandi 5.4 menganjurkan menggunakan sabun secukupnya	Pasien tampak bersih saat dimandikan pasien diberikan sabun secukupnya
	09.40	4.2 Memonitor kebersihan tubuh dan melakukan *oral hygiene*	Tubuh dan mulut pasien tampak bersih
	09.45	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	09.50	7.7 Mengganti sprei pasien 3.4 Mempertahankan sprei tetap kering dan bersih	Bed psien tampak bersih dan rapi
	10.00	1.7 Memberikan posisi semi fowler 3.3 Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien terlihat nyaman saat diberikan posisi semi fowler
	10.10	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 104/51 mmHg N : 113 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 97 %
	10.18	1.3 Memonitor MAP	MAP : 86 mmHg
	10.20	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39 °C
	10.22	3.5 Mempasang siderails	Pasien terlihat aman
	10.30	1.10 Berkolaborasi pemberian obat a. Kalnex 3 x 1 gr b. Santagesik 3 x 1 c. Metoclopramide 3 x 1 d. Paracetamol 3 x 1 gr e. Omeprazole 2 x 1 f. Ceftriaxon 2 x 1 gr	Pasien diberikan obat melalui injeksi

No	Hari / Tanggal	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	10.35	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien terlihat aman
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak pasif dengan berkolaborasi dengan fisioterapi	Saat dilakukan gerak pasif ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan kiri pasien masih terasa kaku seperti sebelumnya
	11.20	3.5 Memasang siderails	Pasien tampak aman
	11.45	7.4 memonitor haluaran urine	Urine pasien sebanyak 300 ml
	12.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 83/43 mmHg N : 109 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 96 %
	12.05	6.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39 °C
	12.08	1.3 Memonitor MAP	MAP : 70 mmHg
	12.30	4.1 Memberikan makaan kepada pasien melalui NGT	Tidak terdapat residu dan pasien diberikan pebtibren sebanyak 200 ml
	12.40	6.5 Memasang handrall tempat tidur	Pasien terlihat aman
	13.15	7.8 Melakukan pendinginan eksternal	Pasien diberikan kompres dingin
	13.20	1.7 Memberikan posisi semi fowler	Pasien terlihat nyaman saat diberikan posisi semi fowler
	13.25	3.3 Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien terlihat nyaman
	14.00	1.2 Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital	Tanda vital : TD : 70/37 mmHg N : 109 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 96 %
	14.05	7.2 Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh pasien 39 °C

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 10

Evaluasi Keperawatan Pada Pasien I (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Tahun 2023

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Selasa,02 mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran pasien menurun (D.0066)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E2V1M3 - TD : 133/86 mmHg - MAP : 100 mmHg - N : 101 x/menit - T : 37,8 °C A : Perfusi serebral belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.2 Monitor tanda / gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP 1.4 Monitor status pernapasan 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal 1.10 Kolaborasi pemberian obat
	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien Terpasang trakeastomi (simple mask 4 lpm) - Frekuensi napas 22 x/menit - Posisi pasien semi fowler A : Pola Napas belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas 2.3 Posisikan semi-fowler 2.4 Berikan oksigen
	Gangguan Mobilitas Fisikb.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien	S : Tidak dapat di kaji O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	menurun dan fisik lemah (D.0054)	- Gerakan terbatas meningkat - Kelemahan fisik meningkat A : Mobilitas Fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.1 Monitor kondisi kulit 4.2 Monitor komplikasi tirah baring 4.3 Posisikan pasien senyaman mungkin 4.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 4.5 Pasang siderails 4.6 Berikan latihan gerak pasif
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan mandi menurun - Kemampuan mengenakan pakaian menurun - Kemampuan makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAK/BAK) menurun A : Perawatan Diri belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 5.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 5.2 Monitor kebersihan tubuh 5.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 5.5 Fasilitasi menggosok gigi 5.6 Fasilitasi mandi
	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas (D.0139)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien tirah baring - Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi dekubitus - Suhu tubuh 37,8°C A : Integritas Kulit / Jaringan cukup meningkat

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		P : Lanjutkan Intervensi 6.3 gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 6.4 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E2V1M3 - Kekuatan otot pasien menurun - Pasien tirah baring lama - Penilaian skala morse pasien berisiko sedang jatuh dengan jumlah skor 35 - Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berpindah cukup menurun A : Tingkat Jatuh cukup menurun P : Lanjutkan Intervensi 7.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 7.4 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci 7.5 Pasang handrall tempat tidur
Hari 2 Rabu,03 mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran pasien menurun (D.0066)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E3V1M3 - TD : 109/68 mmHg - MAP : 83 mmHg - N : 77 x/menit - T : 37,5 °C A : Perfusi serebral cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor tanda / gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal 1.10 Kolaborasi pemberian obat

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien Terpasang trakeastomi (simple mask 4 lpm) - RR : 18 x/menit - Posisi pasien semi fowler - Dispnea sedang A : Pola Napas membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas 2.3 Posisikan semi-fowler 2.4 Berikan oksigen
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah (D.0054)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas meningkat - Kelemahan fisik meningkat A : Mobilitas Fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.1 Monitor kondisi kulit 4.2 Monitor komplikasi tirah baring 4.3 Posisikan pasien senyaman mungkin 4.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 4.5 Pasang siderails 4.6 Berikan latihan gerak pasif 4.7 Pertahankan kebersihan pasien
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan mandi menurun - Kemampuan mengenakan pakaian menurun - Kemampuan makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAK/BAK) menurun

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		A : Perawatan Diri belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 5.3 Monitor kebersihan tubuh 5.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 5.5 Fasilitasi menggosok gigi 5.6 Fasilitasi mandi
	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien tirah baring - Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi dekubitus - tekstur cukup membaik A : Integritas Kulit / Jaringan cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 6.3 gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 6.4 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V1M3 - Kekuatan otot pasien menurun - Pasien tirah baring lama - Penilaian skala morse pasien berisiko sedang jatuh dengan jumlah skor 35 - Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat dipindahkan cukup menurun A :Tingkat Jatuh cukup menurun P : Lanjutkan Intervensi 7.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 7.4 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci 7.5 Pasang handrall tempat tidur

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 3 Kamis,04 mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran pasien menurun (D.0066)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E3V1M3 - TD : 103/64 mmHg - MAP : 78 mmHg - N : 80 x/menit - T : 37,3 A : Perfusi serebral cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor tanda / gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal 1.10 Kolaborasi pemberian obat
	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien Terpasang trakeastomi (simple mask 4 lpm) - RR : 18 x/menit - Posisi pasien semi fowler A : Pola Napas membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Posisikan semi-fowler 2.3 Berikan oksigen
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah (D.0054)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas cukup meningkat - Kelemahan fisik meningkat A : Mobilitas Fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.1 Monitor kondisi kulit 4.2 Monitor komplikasi tirah baring 4.3 Posisikan pasien senyaman mungkin 4.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 4.5 Pasang siderails 4.6 Berikan latihan gerak pasif

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan mandi menurun - Kemampuan mengenakan pakaian menurun - Kemampuan makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAK/BAK) menurun A : Perawatan Diri belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 5.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 5.2 Monitor kebersihan tubuh 5.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 5.5 Fasilitasi menggosok gigi 5.6 Fasilitasi mandi 5.7 Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien tirah baring - Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi dekubitus A : Integritas Kulit / Jaringan cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 6.3 gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 6.4 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V1M3 - Kekuatan otot pasien menurun - Pasien tirah baring lama

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		- Penilaian skala morse pasien berisiko sedang jatuh dengan jumlah skor 35 - Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berpindah cukup menurun A : Tingkat Jatuh cukup menurun P : Lanjutkan Intervensi 7.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 7.4 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci 7.5 Pasang handrall tempat tidur

Tabel 4. 11
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien II(Tn. A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Tahun 2023

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Rabu,03 mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah pasien meningkat dan tingkat kesadaran pasien menurun (D.0066)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E2V1M3 - TD : 171/83 mmHg - MAP : 105 mmHg - N : 140 x/menit - T : 39,6 °C A : Perfusi Serebral belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor tanda / gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal 1.10 Kolaborasi pemberian obat
	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien Terpasang NRM 15 lpm - RR : 26 x/menit - Posisi pasien semi fowler - Pasien tampak sesak A : Pola Napas belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas 2.3 Posisikan semi-fowler 2.4 Berikan oksigen
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah (D.0054)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas cukup meningkat - Kelemahan fisik meningkat A : Mobilitas Fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		3.3 Posisikan pasien senyaman mungkin 3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.5 Pasang siderails 3.6 Berikan latihan gerak pasif Pertahankan kebersihan pasien
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan mandi menurun - Kemampuan mengenakan pakaian menurun - Kemampuan makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAK/BAK) menurun A : Perawatan Diri belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.2 Monitor kebersihan tubuh 4.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.5 Fasilitasi menggosok gigi 4.6 Fasilitasi mandi 4.7 Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien tirah baring - Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi dekubitus - tekstur cukup membaik A : Integritas Kulit / Jaringan cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 5.3 gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 5.4 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan E2V1M3 - Kekuatan otot pasien menurun - Pasien tirah baring lama - Penilaian skala morse pasien berisiko sedang jatuh dengan jumlah skor 35 - Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat di pindahkan cukup menurun A : Tingkat jatuh cukup menurun P : Lanjutkan Intervensi 6.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur
	Hipertermi b.d proses penyakit d.d suhu tubuh pasien diatas nilai normal (D.0130)	S : Tidak dapat di kaji O : - Tubuh pasien terasa hangat - Suhu : 39,6 °C A : termoregulasi belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 7.2 Monitor suhu tubuh 7.4 Monitor haluaran urin 7.6 Longgarkan atau lepaskan pakaian 7.7 Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 7.8 Lakukan pendingin eksternal Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
Hari 2 Kamis,04 mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah pasien meningkat dan tingkat kesadaran pasien menurun (D.0066)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E2V1M3 - TD : 153/69 mmHg - MAP : 98 mmHg - N : 140 x/menit - T : 39,8 °C

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		A : Perfusi serebral belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor tanda / gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal 1.10 Kolaborasi pemberian obat
	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien Terpasang NRM 15 lpm - RR : 24 x/menit - Posisi pasien semi fowler - Pasien masih tampak sesak A : Pola Napas belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas 2.3 Posisikan semi-fowler 2.4 Berikan oksigen
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah (D.0054)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas cukup meningkat - Kelemahan fisik meningkat A : Mobilitas Fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring 3.3 Posisikan pasien senyaman mungkin 3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.5 Pasang siderails Berikan latihan gerak pasif
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	berhias secara mandiri (D.0109)	- Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan mandi menurun - Kemampuan mengenakan pakaian menurun - Kemampuan makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAK/BAK) menurun A : Perawatan Diri belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.2 Monitor kebersihan tubuh 4.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.5 Fasilitasi menggosok gigi 4.6 Fasilitasi mandi 4.7 Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien tirah baring - Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi dekubitus - Suhu tubuh pasien terasa hangat A : Integritas Kulit / Jaringan cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 5.3 gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 5.4 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran D. 0143)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E2V1M3 - Kekuatan otot pasien menurun - Pasien tirah baring lama - Penilaian skala morse pasien berisiko sedang jatuh dengan jumlah skor 35 - Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		- Jatuh saat dipindahakn cukup menurun A : Tingkat Jatuh cukup menurun P : Lanjutkan Intervensi 6.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur
	Hipertermi b.d proses penyakit d.d suhu tubuh pasien diatas nilai normal (D.0130)	S : Tidak dapat di kaji O : - Suhu tubuh pasien 39,8 °C - Pasien tampak berkeringat A : Termoregulasi belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 7.2 Monitor suhu tubuh 7.4 Monitor haluaran urin 7.6 Longgarkan atau lepaskan pakaian 7.7 Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih 7.8 Lakukan pendinginan eksternal
Hari 3 Jumat,05 mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah pasien meningkat dan tingkat kesadaran pasien menurun	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E1V1M1 - TD : 70/37 mmHg - MAP : 59 mmHg - N : 109 x/menit - T : 39 °C A : Perfusi serebral belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor tanda / gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal 1.10 Kolaborasi pemberian obat

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neuromuskular d.d pola napas pasien abnormal (D.0005)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien Terpasang NRM 12 lpm - RR : 23 x/menit - Posisi pasien semi fowler - Dispnea cukup menurun A : Pola Napas cukup membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas 2.3 Posisikan semi-fowler 2.4 Berikan oksigen
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot pasien menurun dan fisik lemah (D.0054)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas cukup meningkat - Kelemahan fisik meningkat A : Mobilitas Fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring 3.3 Posisikan pasien senyaman mungkin 3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.5 Pasang siderails 3.6 Berikan latihan gerak pasif Pertahankan kebersihan pasien
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan mandi menurun - Kemampuan mengenakan pakaian menurun - Kemampuan makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAK/BAK) menurun

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		A : Perawatan Diri belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.2 Monitor kebersihan tubuh 4.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.5 Fasilitasi menggosok gigi 4.6 Fasilitasi mandi 4.7 Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
	Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien tirah baring - Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi dekubitus A : Integritas Kulit / Jaringan cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 5.3 gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 5.4 anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
	Risiko Jatuh d.d pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	S : Tidak dapat di kaji O : - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E1V1M1 - Kekuatan otot pasien menurun - Pasien tirah baring lama - Penilaian skala morse pasien berisiko sedang jatuh dengan jumlah skor 35 - Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berpindah cukup menurun A : Tingkat Jatuh cukup menurun P : Lanjutkan Intervensi 6.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur

Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Hipertermi b.d proses penyakit d.d suhu tubuh pasien diatas nilai normal (D.0130)	S : Tidak dapat di kaji O : - Suhu tubuh pasien 39 °C - Pasien tampak berkeringat A : termoregulasi belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 7.2 Monitor suhu tubuh 7.4 Monitor haluaran urin 7.6 Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 7.7 Lakukan pendinginan eksternal

4.2 Pembahasan

4.2.1 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Berhubungan Dengan Edema Serebral (D.0066)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) didapatkan adanya riwayat hipertensi yang tidak terkontrol dan kedua pasien mengalami penurunan kesadaran sopor dengan nilai GCS $E_2V_1M_3$. Pada pasien I (Tn. F) didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien yaitu tekanan darah 133/86 mmHg, frekuensi nadi 101 x/menit. Pada pasien II (Tn. A) didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien yaitu tekanan darah 171/83 mmHg, frekuensi nadi 140 x/menit. Secara patofisiologis penurunan kapasitas adaptif intrakranial terjadi karena menumpuknya darah pada otak dan menyebabkan edema serebral yang mengakibatkan terjadinya penurunan kesadaran (Susilo, 2014). Penurunan kapasitas adaptif intrakranial terjadi karena ruptur pada pembuluh darah di batang otak yang menyebabkan terjadinya edema serebral yang menekan jaringan yang ada di otak sehingga terjadi iskemia bahkan infark pada jaringan di otak (Kusuma, H., & Nurarif, 2012). Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Adapun pemberian intervensi ini di tujukan untuk mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) selama tiga hari berupa memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, memonitor MAP *(Mean Arterial Pressuere)*, serta memonitor penurunan kesadaran.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. F) pada hari pertama didapatkan masalah perfusi serebral belum meningkat dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehinggal intervensi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari kedua dan ketiga masalah perfusi serebral cukup meningkat karena pasien menunjukkan beberapa yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah di susun, yaitu tekanan intrakranial menurun, demam menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, sedangkan untuk tingkat kesadaran masih belum teratasi, sehingga intervensi masih tetap dilanjutkan.

Hasil evaluasi pada pasien II (Tn.A) pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan masalah perfusi serebral belum meningkat dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.2 Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular (D.0005)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan pola napas tidak efektif dibuktikan dengan pola napas pasien abnormal pada pasien I (Tn. F) didapatkan frekuensi pernapasan 18

x/menit, terpasang alat bantu napas trakeostomi dan *simple mask* dengan kecepatan 4 liter/menit, saturasi oksigen 98 % dan posisi pasien semi fowler. Pada pasien II (Tn. A) didapatkan frekuensi pernapasan 26 x/menit, terpasang alat bantu napas *Non Reabreathing Mask (NRM)* dengan kecepatan 15 liter/menit, saturasi oksigen 98 % dan posisi pasien semi fowler. Secara patofisiologis pola napas tidak efektif terjadi karena edema serebral yang menyebabkan peningkatan intrakranial yang mengakibatkan penekanan pada saluran napas (Nur ulfah sari, 2017). Pola napas tidak efektif terjadi karena adanya adema serebral yang menyebabkan gangguan pada otak itu sendiri (Kusuma, H., & Nurarif, 2012). Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) berupa manajemen jalan napas. Adapun pemberian intervensi ini ditujukan untuk memberikan tambahan oksigen untuk mencegah dan mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) selama tiga hari berupa memonitor pola napas, memberikan posisi semi-fowler, dan memonitor aliran kecepatan oksigen dan memonitor oksigen yang terpasang pada pasien.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. F) dihari pertama didapatkan masalah pola napas belum membaik dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari kedua dan ketiga masalah pola napas membaik dikarenakan adanya perubahan yang sesuai

dengan kriteria hasil yang ditetapkan, yaitu dispnea menurun dan frekuensi napas membaik, karena dilakukannya tindakan terapi oksigen pada pasien sehingga intervensi tetap dilanjutkan.

Hasil evaluasi pada pasien II (Tn. A) dihari pertama dan kedua didapatkan masalah pola napas belum membaik dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari ketiga masalah pola napas cukup membaik dikarenakan adanya perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan, yaitu dispnea cukup menurun dan frekuensi napas cukup menurun,dan aliran kecepatan oksigen menurun dari 14 liter/menit menjadi 12 liter/menit karena dilakukannya tindakan terapi oksigen pada pasien sehingga intervensi tetap dilanjutkan.

4.2.3 Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) didapatkan kedua pasien mengalami penurunan kesadaran, kekuatan otot menurun, pasien tirah baring dan total skor barthel indeks pasien 0 dengan kategori ketergantungan berat, aktivitas dan mobilisasi pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat. Gangguan mobilitas fisik terjadi secara patofisiologi yaitu karena adamya disfungsi pada nervus aksesorius dan hipoglossus sehingga mengakibatkan kelemahan pada anggota gerak (Huda, 2016). Gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya edema pada cerebellum

sehingga mengganggu fungsi dari cerebellum itu sendiri, dan menyebabkan terjadinya defisit motorik pada pasien (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) berupa perawatan tirah baring yang bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan serta mencegah komplikasi pasien yang tirah baring (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) selama tiga hari yaitu memonitor kondisi kulit, memberikan latihan gerak pasif yang berkolaborasi dengan fisioterapi, memposisikan pasien senyaman mungkin, memasang siderails, mempertahankan sprei tetap kering dan bersih.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan masalah mobilitas fisik belum meningkat dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.4 Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskular (D.0109)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan defisit perawatan diri. Pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) didapatkan kedua pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri , pasien tirah baring, total skor barthel indeks pasien 0 dengan kategori

ketergantungan berat semua kebutuhan sehari-hari pasien dibantu oleh perawat. Defisit perawatan diri terjadi secara patofisiologi yaitu karena kerusakan pada nervus aksesorius dan hipoglossus sehingga mengakibatkan kelemahan anggota gerak. Defisit perawatan diri disebabkan oleh edema serebral sehingga mengakibatkan gangguan fungsi gerak pada anggota tubuh (Kusuma, H., & Nurarif, 2014). Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) berupa dukungan perawatan diri khususnya mandi, yang bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri dan perawatan diri (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) selama tiga hari yaitu memfasilitasi mandi, memonitor kebersihan tubuh, mulut dan gigi, mengidentifikasi bantuan yang dibutuhkan.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan masalah perawatan diri belum meningkat dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.5 Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan Dibuktikan Dengan Penurunan Mobilitas (D.0139)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit / jaringan. Pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) didapatkan kedua pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tirah baring, total skor barthel indeks pasien 0

dengan kategori ketergantungan berat, pada penilaian dekubitus total skor pasien adalah 12 dengan kategori pasien berisiko tinggi dekubitus. Risiko gangguan integritas kulit dapat terjadi karena kondisi pasien tirah baring terlalu lama sehingga berisiko mengalami luka decubitus (Wardani, W. I., Aetyorini, Y., & Rifai, 2018). Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) berupa perawatan integritas kulit, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) selama tiga hari yaitu menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering, menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan masalah integritas kulit / jaringan cukup meningkat dikarenakan pasien menunjukkan beberapa yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah di susun, yaitu suhu kulit cukup membaik dan tekstur cukup membaik, tetapi pasien masih penurunan kesadaran dan tirah baring lama yang dapat menimbulkan risiko luka dekubitus. Sehingga intervensi perawatan integritas kulit masih tetap dilanjutkan untuk merawat kulit, menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme agar mencegah luka dekubitus terjadi.

4.2.6 Risiko Jatuh Dibuktikan Dengan Penurunan Tingkat Kesadaran (D.0143)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan risiko jatuh. Pada pasien I (Tn. F) didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, kekuatan otot pasien menurun, pasien tirah baring, total skor penilian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 45 dengan kategori pasien berisiko tinggi terjatuh. Sedangkan pada pasien II (Tn. A) didapatkan pasien mengakami penurunan kesadaran, pasien terpasang restrain dan total skor penilian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30 dengan kategori pasien berisiko sedang terjatuh. Risiko jatuh terjadi secara patofisiologi yaitu karena pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sehingga mengakibatkan terjadinya risiko jatuh dan penurunan kesadaran pada pasien gelisah juga bisa mengakibatkan risiko jatuh (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) berupa pencegahan jatuh, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) selama tiga hari yaitu mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, mempastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, memasang handrall tempat tidur.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. F) dan pasien II (Tn. A) pada hari pertama, kedua dan ketiga didapatkan masalah tingkat jatuh cukup menurun dikarena pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang telah di susun, yaitu jatuh dari tempat tidur menurun dan jatuh saat dipindahkan cukup menurun serta tindakan yang dilakukan oleh perawat agar pasien terhindar dari risiko jatuh. Maka intervensi tetap dilanjutkan.

4.2.7 Hipertermi Berhubungan Dengan Proses Penyakit (D.0130)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien II (Tn. A) ditemukan adanya masalah keperawatan hipertermi. Didapatkan suhu tubuh 39,6 °C. Secara fisiologis hipertermi terjadi karena ketidaklancaran peredaran darah pada otak yang kemudian menyerang sistem sadaf di otak (Mariarosari, 2018). Hipertermi terjadi karena proses penyakit stroke hemoragik yang mengakibatkan terjadinya kerusakan otak karena penurunan fungsi otak, yang dimana suhu memiliki dampak besar pada sistem saraf pusat. Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien II (Tn. A) berupa manajemen hipertermi. Adapun pemberian intervensi ini di tujukan untuk mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien II (Tn. A) selama tiga hari yaitu memonitor suhu tubuh, memonitor haluaran urine, mengganti sprei, melakukan pendingin eksternal dengan kompres dingin, dan berkolaborasi dengan pemberian cairan dan elektrolit.

Hasil evaluasi pada pasien II (Tn.A) selama tiga hari didapatkan masalah keperawatan termoregulasi belum membaik dikarenakan belum menunjukan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, suhu tubuh pasien dari 39,6 °C menj adi 39 °C sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada pasien I dan II dengan Penyakit Stroke Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1 Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian dua pasien kelolaan, ditemukan persamaan dan perbedaan data. Pada persamaan data ditemukan : keluhan utama yang didapatkan pada kedua pasien adalah pasien mengalami penurunan kesadaran, tirah baring dan kedua pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi tidak terkontrol. Adapun perbedaan data yang ditemukan : pada pasien I (Tn. F) tekanan darah (121/73 mmHg), pasien terpasang EVD, terpasang trakeostomi dan pada pasien II (Tn. A) tekanan darahnya tinggi (181/92 mmHg) tidak terpasang EVD dan trakeostomi.
2. Dari diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kedua pasien ditemukan kesamaan dan perbedaan yang muncul pada kedua pasien. Diagnosis keperawatan yang ada pada kedua pasien adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, defisit perawatan diri berhubungan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/

makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, risiko gangguan integritas kulit / jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas dan tirah baring, dan risiko jatuh dibuktikan dengan penurunan kesadaran. Diagnosis keperawatan yang muncul berbeda pada kedua pasien adalah, pada pasien I (Tn. F) ditemukan masalah keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sedangkan pada pasien II (Tn. A) tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut.

3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta kondisi terkini dari pasien itu sendiri.
4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan stroke hemoragik.
5. Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan pada kedua pasien dengan stroke hemoragik. Didapatkan pada pasien I (Tn. F) yang belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 2 yaitu, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri. Diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 4 yaitu, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, risiko gangguan integritas kulit / jaringan, risiko jatuh, risiko infeksi dan diagnosis keperawatan yang sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 2 yaitu pola napas tidak efektif dan hipertermi. Pada pasien II (Tn. A) didapatkan diagnosis keperawatan

yang belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 4 yaitu, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, hipertermi, gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri sedangkan diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 3 yaitu, pola napas tidak efektif, risiko gangguan integritas kulit / jaringan dan risiko jatuh.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik serta pengalaman belajar praktik dilapangan yang dapat diaplikasikan kepada masyarakat.

5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan serta referensi Karya Tulis Ilmiah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik.

5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik agar mengurangi jumlah penyakit stroke yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

Alomedika. (2022). pemeriksaan reflek fisiologis & refleks patologis. Alomedika.

Darmawan, D. (2019). konsep penyakit stroke hemoragik. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.

Daulay, N. M., & Hidayah, A. (2021). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke. Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal), 6(1), 22.

Dwi, N. P. K. (2020). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253.

Fabiana Meijon Fadul. (2019). konsep penyakit stroke hemoragik. Konsep Stroke Hemoragik, 8–47.

Gujarati, D. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Membran Mukosa Oral Di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono Ponorogo, 5–7.

Hartati, J. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruangan Neurologi Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020. Dm, 1–126.

HUTAGALUNG, J. I. (2020). Literature Review : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan Terapi Range Of Motion Di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020. Literature Review, 8(75), 32–34.

Kemenkes RI. (2017). Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Kementrian Kesehatan RI.

Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementrian Kesehatan RI, 53(9), 1689–1699.

Khofifah Juniar Sari. (2018). Keperawatan. Pedoman Dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan, 7.

Maulana, A. L. B. (2019). konsep penyakit stroke hemoragik. Journal Information, 10, 1–16.

Mendrofa, Y. K. (2021). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Psikososial Pada Tn. R Dengan Masalah Ketidakberdayaan. Studi Kasus Asuhan Keperawatan Psikososial, 1–45.

Nugraha, A. Y. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke

Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Syaraf Rsup Dr.M.Djamil Padang. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik, 157.

Ofori, D. A., Anjarwalla, P., Mwaura, L., Jamnadass, R., Stevenson, P. C., Smith, P., Koch, W., Kukula-Koch, W., Marzec, Z., Kasperek, E., Wyszogrodzka-Koma, L., Szwerc, W., Asakawa, Y., Moradi, S., Barati, A., Khayyat, S. A., Roselin, L. S., Jaafar, F. M., Osman, C. P., … Slaton, N. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Krissan Rsud Bangil Pasuruan. Molecules, 2(1), 1–12.

PPNI. (2018a). SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) (I (ed.)). Persatuan Perawat Nasional Indonesia. http://snars.web.id/siki/

PPNI. (2018b). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 77.

PPNI. (2019). SLKI. "Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)." Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 8.

RSUD. Abdul Wahab Sjahranie. (2021). Hospital Profile 2021. In Abdul Wahab Sjahranie 2021 (pp. 14–15).

Santa, M. (2019). Teori Keperawatan profesional. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.

Setiawan, P. A. (2020). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. Jurnal Medika Utama, 02(01), 402–406.

Sinulingga, S. B. (2019). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam. Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan, 1(1), 7.

Siregar, M. T., Basuki, W., & Amalia, F. Y. (2019). Perbedaan Kadar Hemoglobin, Nilai Hematokrit Dan Jumlah Eritrosit Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Jurnal Analis Kesehatan, 7(2), 724.

Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan pada pasien stroke hemoragik. Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan, 1(5), 1–23.

Susilo, C. B. (2019). penggukuran kekuatan otot.

WHO. (2021). World Stroke Day. World Health Organization.

WHO. (2022). World Stroke Day 2022. World Health Organization.